

Departamento de Sociologia

## **A Saúde nos *Mass Media***

Representações da Saúde, do Sistema de Saúde e das  
Políticas Públicas de Saúde na Imprensa Escrita Portuguesa  
(Análise Longitudinal de 1990 a 2004)

**Pedro Alcântara da Silva**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Orientador:

Doutor Manuel Villaverde Cabral, Investigador Coordenador,  
Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Novembro, 2009



Para os meus Pais

## Agradecimentos

Começo por agradecer ao Professor Manuel Villaverde Cabral por todo o apoio e incentivo que recebi ao longo desta jornada, bem como a confiança manifestada nas várias oportunidades académicas que me tem concedido e que muito me honram. O meu obrigado de sempre.

Embora de forma breve, não gostaria deixar de expressar também os meus sinceros agradecimentos a quem me tem acompanhado ao longo dos últimos anos e testemunhou de perto a evolução do trabalho que agora apresento. À Joana Ferreira, à Catarina Páscoa, ao Vitor Ferreira, ao João Limão, à Sofia Aboim, à Lia Pappamikail e à Jussara Rowland, pelo conforto da amizade, estímulo e confiança que sempre demonstraram.

Um agradecimento especial ao Hugo, não só pela sua amizade e companheirismo, como pelos conselhos e discussões profícuas que este trabalho também pôde usufruir.

Cumpre-me ainda agradecer a indispensável colaboração das Dr<sup>as</sup>. Catarina Vilhena Páscoa e Sofia Amândio na organização e codificação parcial do material empírico.

Agradeço finalmente ao Departamento de Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa por ter acolhido o projecto de doutoramento que agora apresento; à Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e do Ensino Superior pela Bolsa de Doutoramento concedida (SFRH/BD/8696/2002); e ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, onde tenho desenvolvido trabalho de investigação desde há vários anos, pelos recursos disponibilizados e pelo ambiente intelectual e académico que proporciona. Um agradecimento particular à equipa da Biblioteca do ICS pelo suporte prestado.



## **Resumo**

A presente dissertação propõe analisar as representações do sistema de saúde e das políticas públicas na imprensa escrita em Portugal entre 1990 e 2004. Dada a centralidade que os *mass media* assumem nas sociedades contemporâneas, enquanto produtores de informação e formadores de opinião, é lícito considerar que estes detêm um papel crucial nas representações que os portugueses têm do sistema de saúde, do seu funcionamento global e dos diferentes serviços que prestam os cuidados médicos que dele fazem parte, dos profissionais que nele trabalham e dos mais variados actores que com ele se relacionam, bem como da política associada ao sector. Nesse sentido, para além da intensidade informativa e relevância editorial que a comunicação social tem atribuído à saúde ao longo do tempo, procede-se à identificação e análise da tematização e do protagonismo assumido pela ampla variedade de actores ligados ao sector da saúde, bem como estes se relacionam entre si no espaço público mediatizado. Os assuntos com maior saliência e os enquadramentos privilegiados, bem como o grau de conflitualidade associado ao relacionamento entre os actores envolvidos no debate público, aliados à crescente visibilidade conferida pela imprensa ao sector da saúde, resultam numa imagem acentuadamente negativa do sector da saúde, muito em particular, do Serviço Nacional de Saúde.

**Palavras-chave:** *mass media*, saúde, Serviço Nacional de Saúde, políticas públicas

## **Abstract**

This thesis studies the representations of the health system and the public policies of the sector in Portuguese press from 1990 to 2004. Given the mass media's centrality in contemporary societies as information producers and opinion makers, they have a crucial role in the public representations concerning the health system, the services it provides, the professional groups that work there, the various groups that have stakes in it, as well as with the sectorial public policies. Apart from the informational intensity and editorial significance the press has given to the health sector during this period, this work identifies and analyses the themes and relevance of a wide range of actors linked to the health sector, as well as the way they are interlinked in the public sphere. The topics with higher salience, the frames privileged, and the shown level of conflict of the sectorial actors involved in public debate, associated with the threefold growth of news published in 15 years, produce a highly negative image of the health sector, and especially of the National Health System.

**Keywords:** *mass media*, health sector, National Health System, public policies



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
-------------------	-----------

## **PARTE I - MASS MEDIA E SAÚDE**

Capítulo 1 - Os efeitos dos <i>mass media</i>	25
Breve contextualização histórica	25
A teoria dos efeitos cumulativos a longo prazo e a função de agendamento	29
Enquadramento (“ <i>Framing</i> ”)	36
Algumas variáveis moderadoras	41
As abordagens no âmbito do <i>agenda-setting</i>	44
Capítulo 2 – A visibilidade da saúde nos <i>mass media</i>	47
Os sistemas de saúde e os cuidados médicos	52
Legitimidade e confiança: o papel dos <i>mass media</i> na representação do sistema de saúde	64
A medicina e a prática médica	73
O progresso científico e tecnológico	79
A promoção da saúde: individualização da saúde e da doença	82

## **PARTE II – A SAÚDE EM PORTUGAL**

Capítulo 3 – Configuração e organização do sistema de saúde português	93
Capítulo 4 – Evolução político-social do sistema de saúde entre 1990 e 2004	105
Período de 1985 a 1995: A regionalização do SNS e o novo papel para o sector privado	106
Período de 1996 a 2002: A “nova gestão pública” para a reforma do SNS	110
Período de 2002 a 2004: A continuidade das medidas políticas e definição dos papéis dos sectores público, privado e social	116

### **PARTE III – O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS NA IMPRENSA ESCRITA**

Capítulo 5 – Metodologia	127
Capítulo 6 – Intensidade da cobertura e caracterização do trabalho editorial	135
Intensidade informativa	135
Organização editorial	138
Formato	140
Autoria	142
Dimensão do espaço ocupado	144
Característica do discurso	145
Ilustrações	147
A geografia do sistema de saúde na Imprensa	148
Capítulo 7 – A tematização do sistema de saúde	151
Assuntos laborais e de recursos humanos	153
Política de saúde e administração do sistema	156
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	162
Acesso e funcionamento do sistema	164
Sector farmacêutico e medicamentos	165
Gestão económica e financeira	166
Ciência e tecnologia	167
Negligência médica e dos serviços	169
Assuntos sócio-profissionais	170
Formação de recursos humanos	170
Promoção da saúde e prevenção da doença	171
Enfoque individual	173
Capítulo 8 – Protagonistas no espaço público da saúde	179
A visibilidade dos actores	179
Poderes de Estado e instituições públicas	186
Utentes, sociedade civil e instituições privadas	191



Interesses financeiros e comerciais	195
Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde	197
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde	198
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde	200
Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde	200
As Fontes Jornalísticas sobre Saúde	203
 Capítulo 9 – Títulos jornalísticos sobre a saúde e o sistema de saúde	 213
Actores nos títulos	214
Valoração dos títulos	221
 Capítulo 10 – Avaliações e solicitações (relações entre actores)	 225
Avaliação entre actores	227
Solicitações entre actores	235
 Capítulo 11 – O sistema de saúde nas primeiras páginas	 245
Atenção atribuída	246
Conteúdo informativo	253
Tematização do sistema de saúde	253
Protagonistas no espaço público da saúde	256
Avaliações e solicitações (relações entre actores)	259
 Capítulo 12 – Tendência valorativa da informação sobre o sistema de saúde	 263
 CONCLUSÃO	 271
 Bibliografia citada	 283
Anexos	305

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1:</b> Tipo de página/exposição dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP	139
<b>Quadro 2:</b> Formato dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP	141
<b>Quadro 3:</b> Autoria dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP	143
<b>Quadro 4:</b> Dimensão dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP	145
<b>Quadro 5:</b> Característica dominante adoptada no discurso nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	146
<b>Quadro 6:</b> Existência de ilustrações a acompanhar os artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	148
<b>Quadro 7:</b> Localização a que se referem os artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	149
<b>Quadro 8:</b> Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	152
<b>Quadro 9:</b> Actores presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	185
<b>Quadro 10:</b> Fontes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	206
<b>Quadro 11:</b> Fontes presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	207
<b>Quadro 12:</b> Actores nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	214
<b>Quadro 13:</b> Actores identificados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	215
<b>Quadro 14:</b> Existência de actores personalizados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	218
<b>Quadro 15:</b> Actores personalizados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	219
<b>Quadro 16:</b> Tendência valorativa dos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	221
<b>Quadro 17:</b> Existência de relações avaliativas entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	228
<b>Quadro 18:</b> Sentido da avaliação existente entre os actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	228

<b>Quadro 19:</b> Actores presentes nas relações avaliativas nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	229
<b>Quadro 20:</b> Área dos motivos da avaliação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	232
<b>Quadro 21:</b> Sentido da avaliação do motivo invocado nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	234
<b>Quadro 22:</b> Existência de solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	236
<b>Quadro 23:</b> Actores presentes em relações de solicitação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	237
<b>Quadro 24:</b> Área da solicitação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	240
<b>Quadro 25:</b> Forma de acção das solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	242
<b>Quadro 26:</b> Âmbito da aplicação das solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	243
<b>Quadro 27:</b> Hierarquia do tratamento dos artigos de primeira página sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	250
<b>Quadro 28:</b> Ilustrações nos artigos sobre os sistema de saúde publicados nas primeiras páginas dos jornais PUB, CM e EXP	252
<b>Quadro 29:</b> Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas no PUB, CM e EXP	254
<b>Quadro 30:</b> Localização a que se referem os artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas no PUB, CM e EXP	256
<b>Quadro 31:</b> Actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP	257
<b>Quadro 32:</b> Personalização dos actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP	259
<b>Quadro 33:</b> Existência de relações avaliativas entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas no PUB, CM e EXP	260
<b>Quadro 34:</b> Existência de solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP	261
<b>Quadro 35:</b> Tendência valorativa do artigo sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP	266
<b>Quadro 36:</b> Tendência valorativa do artigo sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP por tema	268
<b>Quadro 37:</b> Tendência valorativa dos títulos da informação sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP	269

## Índice de Figuras

<b>Figura 1:</b> Formas de legitimidade da acção pública	65
<b>Figura 2:</b> A organização do sistema de saúde português	96
<b>Figura 3:</b> Artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP de 1990 a 2004	136
<b>Figura 4:</b> Artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio	138
<b>Figura 5:</b> Localização a que se referem os assuntos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios	150
<b>Figura 6:</b> Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios	153
<b>Figura 7:</b> Organigrama do Ministério da Saúde português	186
<b>Figura 8:</b> Tendência valorativa dos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios	222
<b>Figura 9:</b> Existência de pelo menos uma relação avaliativa entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios	228
<b>Figura 10:</b> Sentido da avaliação existente entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios	228
<b>Figura 11:</b> Existência de solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio	236
<b>Figura 12:</b> Artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP	248
<b>Figura 13:</b> Hierarquia de tratamento dos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP	251
<b>Figura 14:</b> Tendência valorativa dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP	266

## **INTRODUÇÃO**



O interesse em estudar a cobertura efectuada pela imprensa escrita do sistema de saúde surgiu aquando da realização do projecto *Saúde e Doença em Portugal – Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa Perante o Sistema Nacional de Saúde* (Cabral, Silva, & Mendes, 2002). Um dos principais resultados encontrados neste estudo foi a observação de diferenças estatisticamente significativas nas avaliações que os portugueses faziam dos vários níveis da prestação dos cuidados de saúde entre aqueles que tinham experiência directa do sistema, isto é, que recorriam efectivamente a esses cuidados, e aqueles que não possuíam qualquer experiência de utilização (quer os próprios, quer através de familiares próprios), assumindo estes últimos uma atitude muito mais crítica em relação ao funcionamento dos diversos serviços de saúde do que os primeiros, os quais manifestavam níveis de satisfação superiores.<sup>1</sup>

Estes resultados apontavam, assim, para uma hipotética influência da comunicação social que, através da informação veiculada sobre os diversos assuntos relacionados com o sistema de saúde, mediaría e formaria a opinião dos não utentes, que como tal não beneficiavam da experiência directa nos diversos serviços dos cuidados de saúde. Importava pois conhecer quais as características dessa informação, procedendo a uma análise suplementar que, embora muito limitada e de carácter exploratório, dado que apenas abrangeu o período durante o qual decorrer a aplicação do questionário,<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Esta diferença avaliativa voltou a ser corroborada num outro nosso estudo mais recente, em continuidade desse trabalho anterior (Cabral & Silva, 2009).

<sup>2</sup> A análise incidiu sobre a informação publicada sobre os variados temas relacionados com o sistema de saúde nos jornais diários *Diário de Notícias* e *Público*, e no semanário *Expresso* durante o período que mediou o início do estudo e o final da aplicação do questionário à população portuguesa, isto é, entre 1 de Março e 31 de Junho de 2001 (ver Capítulo 2: A Saúde e o Sistema de Saúde na Comunicação Social Portuguesa em Cabral, et al., 2002).

apontou para algumas pistas que valia a pena aprofundar com o desenvolvimento de um projecto de investigação mais sustentado, fazendo uso de um enquadramento analítico e de uma metodologia mais elaborados para um período alargado de observação. Em particular, quando é manifesta a falta de estudos consistentes internacionais, já para não falar de Portugal, onde não se conhece nenhum, sobre as representações que a comunicação social transmite acerca dos vários temas associados ao funcionamento do sistema de saúde na sua globalidade e aos serviços que prestam os cuidados médicos. Os temas abrangidos vão desde as políticas de saúde e administração do sistema; o acesso e funcionamento; a gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde; as infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos; aos temas laborais e sócio-profissionais, passando pela formação de recursos humanos, pelos assuntos sobre a negligência médica e de serviços, pelo sistema farmacêutico e medicamentos, pela prevenção e promoção da saúde e pelos temas sobre ciência e tecnologia, bem como as “estórias” com um enfoque individual relacionado com a saúde e a doença.

Com efeito, muitos estudos sobre a saúde nos *mass media* têm sido produzidos, embora, salvo raras excepções, sempre sobre temas específicos e parciais (“*single-topic studies*”), que não permitem uma análise global da forma como os *mass media* tratam o sector da saúde, adoptando múltiplas perspectivas de análise e metodologias (Seale, 2002, p. 25). Ainda menos estudos nos dão uma perspectiva de conjunto acerca do modo como o funcionamento dos sistemas de saúde e dos cuidados de saúde são tratados pelos *mass media* na sua complexidade e multiplicidade de temas e assuntos.

Os resultados encontrados nessa pequena monitorização, durante esse curto período em análise, apontaram para uma visibilidade eminentemente negativa conferida pelos *mass media* ao sector da saúde. Foi neste contexto que se interpretaram muitos dos resultados encontrados no inquérito, sendo de salientar o impacto dos *mass media* na enorme importância atribuída pela população portuguesa às questões da saúde e, simultaneamente, o elevado grau de desfasamento entre a imagem mediática negativa do sector e a avaliação tendencialmente positiva dos cuidados de saúde feita pela maioria dos inquiridos, em especial aqueles com maior experiência do funcionamento do sistema (Cabral, et al., 2002).

Interessava então apurar, no quadro de uma nova investigação, se tais características informativas encontradas e os valores a elas associados se sustentavam no tempo cumulativamente, complementando o estudo com outras dimensões de análise e variáveis relevantes para o apuramento do contexto global mediático relativo à saúde.



Como se daria a evolução da informação sobre o sistema de saúde na imprensa num espaço de tempo alargado? Qual o protagonismo dos diversos actores e como se relacionam entre eles no espaço público? Como evoluiriam os diversos temas, os enquadramentos interpretativos e os valores associados? Como se organiza o trabalho jornalístico em torno desses assuntos, em termos de destaques e desenvolvimentos? Em suma, o conhecimento que pode ser obtido sobre a cobertura que os *mass media* fazem do sistema de saúde é importante por si só, enquanto objecto de análise e dos resultados e conclusões que podem produzir, mas também enquanto variável contextual para outros estudos que envolvam a apreensão de comportamentos e atitudes perante o sistema de saúde, bem como para os processos e enquadramentos relacionados com as políticas públicas, entre outros domínios relacionados com a saúde e a doença, onde a comunicação social possa assumir um papel importante de mediação.

Com efeito, dada a centralidade que os *mass media* assumem nas sociedades contemporâneas, enquanto produtores de informação e formadores de opinião, é lícito considerar que estes detêm um papel crucial nas representações que os portugueses têm do sistema de saúde, do seu funcionamento global e dos diferentes serviços que prestam os cuidados médicos que dele fazem parte, dos profissionais que nele trabalham e dos mais variados actores que com ele se relacionam, bem como da política associada ao sector, entre muitos outros assuntos.

A extensão da provisão dos cuidados de saúde fornecidos pelos sistemas nacionais influencia a forma como os indivíduos definem o seu estado de saúde, o comportamento no acesso ao sistema, assim como as atitudes perante a doença, os cuidados de saúde e o funcionamento do sistema. O processo de “medicalização” generalizada, seja das sociedades (Moynihan & Smith, 2002), seja da existência individual (Lecourt, 1997), propicia elevadas expectativas em relação aos níveis de saúde das populações e aos cuidados de saúde em países com sistemas de saúde e de segurança social desenvolvidos. No entanto, deve ter-se em conta que a definição do estado de saúde (objectivamente diagnosticado ou subjectivamente percebido) e os comportamentos e atitudes em relação à saúde e ao sistema de saúde não são determinadas apenas pelas características do próprio sistema de cuidados, mas também pelos valores culturais de uma sociedade: a configuração do sistema pode ser ela própria a expressão dos valores dominantes numa dada sociedade, em relação aos quais os *mass media* assumem um papel determinante na sua disseminação e legitimação.

Muito do conhecimento e da percepção que a população possui do funcionamento do sistema de saúde e dos cuidados médicos em Portugal depende amplamente das representações que os *mass media* transmitem sobre esses assuntos, quer pela centralidade que os meios de comunicação assumem na vida de cada pessoa, enquanto principal, ou até única, fonte de acesso a determinadas realidades sociais, quer pela óbvia relevância que a saúde e a doença se reveste para qualquer pessoa, num processo simbiótico onde os *mass media* devem ser entendidos, simultaneamente, enquanto produto e produtores do meio social em que operam.<sup>3</sup> Com efeito, de uma forma geral, as representações e o conhecimento que os indivíduos têm da saúde e das instituições que administram politicamente e regulam as actividades no sector da saúde ou os diferentes níveis de serviços que prestam os cuidados médicos às populações, ou ainda de outras entidades cujas actividades se relacionam directa ou indirectamente com o sector da saúde, não assenta, na maioria dos casos, na experiência directa que poderiam ter delas, nem mesmo na experiência de pessoas que fazem parte das suas redes sociais (Ling, Franklin, Lindsteadt, & Gearon, 1992; Mechanic, 2005). São, sim, fundamentalmente construídas com base no que lhes é transmitido pelos meios de comunicação social, que não só contribuirá para formarem as suas atitudes e opiniões acerca dessas instituições, como terá interferência nos seus comportamentos. Com efeito, os indivíduos necessitam de obter informação sobre os diversos assuntos relacionados com o sector da saúde e as suas instituições, a qual poderá limitar ou ampliar as suas escolhas e ajudá-los a tomar decisões, desde aquelas que se relacionam com as políticas de saúde às questões médicas propriamente ditas de carácter curativo ou preventivo (Kline, 2003; Mechanic, 2005).

De facto, sem que existam processos de comunicação, a opinião, quer seja pública ou privada, não se forma. Mas se a realidade socialmente construída dos indivíduos depende dos sistemas e das modalidades de comunicação, estes por sua vez dependem dos sistemas sociais e culturais, dos quais fazem parte agentes sociais que se posicionam no campo mediático de forma a fazer passar as suas mensagens. De acordo com Adriano Duarte Rodrigues (1984, pp. 27-28), os *mass media* autonomizaram-se pela construção da sua legitimação nas sociedades democráticas. É essa legitimidade que torna os *mass media* o meio por excelência da mediação dos muitos outros campos

---

<sup>3</sup> Em 2001, para além, naturalmente, dos próprios médicos e enfermeiros para as pessoas que estão em situação de doença, a comunicação social é a principal fonte de informação dos portugueses sobre saúde, surgindo depois a família e os amigos e, finalmente, as revistas especializadas sobre saúde (Cabral, et al., 2002).

autónomos, o que torna possível que as contradições e as divergências entre cada um desses campos possam ser geridas em conformidade com os interesses dominantes que ocupam o topo da hierarquia social, remetendo-nos para aquilo que Villaverde Cabral (Cabral, 1997), usando a terminologia de Luhmann (1989b), designa como a “ressonância”, isto é, o regime de inputs-outputs comunicacionais, entre os principais sub-sistemas de uma dada sociedade.

Os *mass media* assumem-se, assim, no quadro de um processo permanente de afirmação da sua autonomia enquanto instâncias mediadoras, “quer como as instituições que detêm o poder da confluência e reorganização do universo de diferentes sub-sistemas, grupos de interesse e respectivos temas na busca da publicitação e da notoriedade pública com que pretendem conseguir o poder político, económico, cultural, científico ou outro, quer como instâncias de efectivação do controlo de diversas actividades, nomeadamente a actividade política no quadro das insuficiências do controlo parlamentar e dos processos plurais de legitimidade horizontal do poder de Estado” (Garcia, 1995, p. 192).

Assim, a compreensão acerca daquilo o que é veiculado pela comunicação de massas e os seus efeitos deve ser entendida como um circuito que inclui os *mass media*, o público e outras instituições sociais como aquelas que estão ligadas ao governo, partidos políticos, grupos profissionais, associações, empresariado, entre outras, ao mesmo tempo que os órgãos de comunicação social estão sujeitos às exigências institucionais das próprias organizações mediáticas (Eldridge, 1993). Para entender o conteúdo da cobertura mediática dos assuntos ligados à saúde é preciso ter em conta o circuito total da comunicação e a relação entre os vários elementos que fazem parte desse universo; uma vez feito isso, o papel activo dos *mass media* em construir narrativas e significados para representar o sector da saúde torna-se mais inteligível.

A presente dissertação encontra-se organizada em três partes. A primeira refere-se à relação entre os *mass media* e a área da saúde. Sendo este um estudo que se insere, em primeiro lugar, no âmbito da sociologia da comunicação, começa-se por fazer um breve enquadramento sobre os efeitos mediáticos e a formação de opinião (Capítulo 1). Depois de uma elementar contextualização histórica da evolução dos vários paradigmas predecessores, abordam-se com maior detalhe as teorizações mais recentes, que sustentam e, de certa forma, justificam o interesse do tipo de estudo que aqui se apresenta, nomeadamente a teoria dos efeitos cumulativos a longo prazo e a função de agendamento em relação à capacidade que os *mass media* possuem para conferir

visibilidade pública e graus de importância a determinados temas e enquadramentos, tendo em conta também os processos relativos à organização do trabalho jornalístico e aos valores a este associados na construção e difusão da informação noticiosa.

A partir desta discussão introdutória sobre os efeitos mediáticos, passamos a centrarmo-nos mais concretamente na forma como os meios de comunicação se têm ocupado dos assuntos relacionados com a saúde, a medicina e os cuidados médicos (Capítulo 2), começando por analisar a relevância que é atribuída, cada vez mais, a estes temas e as características gerais dos conteúdos informacionais associadas a esta importância crescente, num contexto de mudança no campo dos *mass media*. Realizado este primeiro enquadramento, abordar-se-ão quatro linhas temáticas que normalmente surgem na literatura de forma relativamente autónoma, mas que são centrais para o objecto da presente investigação e que, em conjunto, ajudarão a enquadrar e compreender a cobertura do sistema de saúde e das políticas públicas a ele associadas em Portugal.

Desde logo, a forma como os *mass media* cobrem especificamente os assuntos sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e os serviços que prestam os cuidados médicos, onde se identificam e analisam as principais tendências relativas às representações mais difundidas e os enquadramentos interpretativos mais veiculados, tendo em conta as dinâmicas sociais e políticas que lhes estão subjacentes, assim como os valores sociais, mediáticos e jornalísticos latentes que orientam a selecção e a apresentação dessa informação em sociedades com sistemas de saúde públicos semelhantes ao português.

Para além da informação veiculada sobre os assuntos relacionados directamente com o funcionamento dos sistemas de saúde e dos serviços que prestam os cuidados médicos, deve também ser tida em conta, mais especificamente, a forma como a medicina e a prática médica se têm relacionado com o campo mediático e como estão representadas nos *mass media*, na medida em que também condicionam a escolha e a abordagem que são feitas no campo mediático de muitos desses assuntos, assim como dos enquadramentos mais difundidos acerca do sistema de saúde e do protagonismo que atribuem a determinados actores. Outra linha temática que deve ainda ser tida em conta é a forma como o progresso científico e tecnológico tem sido apropriado e difundido pelos *mass media* num processo simbiótico entre os campos mediático, científico e industrial/comercial, onde a ideia de progresso organiza, enquanto enquadramento interpretativo, muita da tematização mediática sobre a saúde, absorvendo a investigação

e a tecnologia médica boa parte da atenção dos órgãos de comunicação social. Por fim, analisar-se-á a promoção da saúde e a individualização da saúde e da doença na comunicação social, enquanto espaço privilegiado de divulgação de hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis, sem que no entanto se deixe de encontrar aspectos contraditórios e contraproducentes no papel assumido pelos *mass media* em relação a esta finalidade.

A segunda parte da dissertação é dedicada à saúde em Portugal, realizando-se no Capítulo 3 uma apresentação genérica da configuração do sistema de saúde nacional, no que se refere aos vários sectores, serviços, organizações e instituições que o constituem e a forma como se articulam na prestação de cuidados de saúde à população; por sua vez, no Capítulo 4 é traçada a evolução das principais medidas políticas no âmbito do sistema de saúde português de 1985 a 2004, dividida em três fases que correspondem aos ciclos governativos vigentes nesse período, de forma a melhor compreender os factores que mais têm influenciado o seu desenvolvimento e configuração actual, assim como a expressão que têm tido na comunicação social ao longo do tempo. Ambos os capítulos têm como objectivo enquadrar a cobertura que é feita pela comunicação social do sistema de saúde português, na medida em que, por um lado, a maior ou menor relevância mediática e pública que é dada a determinados temas, organismos, unidades de saúde e grupos profissionais decorre, sobretudo, da forma como o sistema de saúde e a prestação dos cuidados médicos estão organizados e, por outro lado, a visibilidade de algumas temáticas e os debates sobre determinados problemas do sistema de saúde na imprensa devem ser entendidos tendo em conta a identificação das forças e dinâmicas que estão por trás dessa visibilidade. Para isso, há que identificar e compreender os ciclos políticos e as respectivas agendas, bem como os processos que os envolvem em termos da implementação das medidas e possíveis consequências e reacções, tanto da parte do público como dos parceiros sociais.

Na terceira parte, analisar-se-á então a cobertura que tem sido feita do sistema de saúde português na imprensa escrita de 1990 a 2004, que corresponde aos últimos 15 anos do período de existência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo sido a pesquisa empírica realizada em 2005 e 2006. Depois da necessária explicação metodológica que determinou a delimitação do *corpus* constituído por artigos informativos de três relevantes órgão de comunicação social (*Público*, *Correio da Manhã* e *Expresso*) e a orientação da respectiva análise (Capítulo 5), começa-se por verificar a relevância informativa que a comunicação social tem atribuído ao sistema de

saúde ao longo do período em análise (Capítulo 6), quer em termos da evolução da intensidade da cobertura, quer em termos da caracterização do trabalho editorial dedicado a esta área do social. Realizada esta análise relativa à organização e destaque editorial dados à saúde em termos gerais, procede-se à identificação da tematização da área da saúde, onde se propõe uma categorização dos diferentes assuntos veiculados, com a respectiva descrição e aprofundamento analítico de cada um dos temas (Capítulo 7), bem como o protagonismo assumido pela ampla variedade de tipos de actores no espaço público (Capítulo 8), quer na visibilidade que lhes é conferida, quer no recurso que deles fazem enquanto fontes jornalísticas sobre saúde. Pela importância editorial e informativa de que se revestem os títulos jornalísticos, é ainda dedicado um pequeno capítulo à análise específica do conteúdo desse segmento noticioso, bem como da tendência retórica que desde logo transmitem relativamente ao funcionamento do sistema de saúde (Capítulo 9).

Seguidamente, analisa-se a forma como os actores ligados ao sector da saúde se relacionam entre si no espaço público mediatizado, no que se refere à forma como os diferentes grupos de pressão avaliam a actuação de outras entidades e actores, bem como relativamente à forma como expõe as suas reivindicações e chamam a si a atenção pública para os problemas e apresentam soluções que gostariam de ver aplicadas (Capítulo 10). Terminado o estudo das características da globalidade da informação publicada, um capítulo é ainda dedicado especificamente à análise da visibilidade do sistema de saúde nas primeiras páginas, quer pela importância editorial que lhes é conferida em cada órgão de informação na imprensa escrita e os assuntos que nelas são destacados, quer pelo carácter apelativo na sua relação com o público, sendo a lógica expositiva e analítica a mesma que foi utilizada para todo o *corpus* (Capítulo 11). Finalmente, termina-se com uma análise da tendência valorativa da informação veiculada sobre o sistema de saúde que resulta dos diversos elementos que a caracterizam e que foram sendo expostos ao longo do trabalho, constituindo-se, por assim dizer, como uma pré-conclusão que permite resumir, em termos globais, a imagem que é transmitida ao público com base nos “valores-notícia” que estão associados aos diversos assuntos sobre saúde (Capítulo 12).

Toda a análise será sempre desenvolvida numa perspectiva evolutiva dentro do período em análise e comparativa entre o chamado jornalismo de referência e popular, sem prejuízo da inclusão de outras análises suplementares que se considerem relevantes

para cada momento do estudo, a fim de caracterizar a informação publicada sobre o sistema de saúde na imprensa escrita em Portugal.





**PARTE I**  
***MASS MEDIA* E SAÚDE**



## Capítulo 1

### Os Efeitos dos *Mass Media*

O início do estudo sistemático e sustentado dos efeitos dos *mass media* tem mais de meio século. A abundante investigação que tem sido desenvolvida ao longo do tempo produziu vários modelos de análise e construiu inúmeros quadros conceptuais, com explicações e conclusões muito heterogéneas, por vezes antagónicas e pouco consensuais. No entanto, para além dessa caracterização mais detalhada dos efeitos, o percurso da investigação recente e os principais resultados e conclusões a que se tem chegado demonstram uma clara e consensual evolução que aponta para uma capacidade considerável, em termos globais, dos *mass media* para influenciar as representações sociais que os indivíduos assumem sobre os vários temas.

Ao longo de décadas de investigação em torno do estudo sobre os efeitos que os *mass media* podiam produzir, três momentos são habitualmente identificados que originaram diferentes paradigmas e debates, associados a interesses de conhecimento distintos dentro das ciências em relação a este objecto de análise.

#### *Breve contextualização histórica*

##### *A teoria hipodérmica*

É nas primeiras décadas do século XX, em particular nos Estados Unidos da América, que os primeiros estudos sobre os efeitos dos *mass media* têm origem, por aí se encontrar muito do trabalho sociológico da época. Com o desenvolvimento organizativo e tecnológico dos meios de comunicação de massa (para além da imprensa escrita, o surgimento da rádio e, mais tarde, da televisão), que proporcionaram uma difusão cada vez mais alargada e a sua instrumentalização por parte do poder político enquanto

veículos de propaganda generalizado na mobilização das populações durante e depois da Primeira Guerra Mundial e na consolidação dos regimes autoritários na Europa durante os anos 1930 e 1940, as ciências sociais começaram a dedicar cada vez mais a atenção ao impacto que os *mass media* podiam assumir nas atitudes e comportamentos dos cidadãos. Os diversos estudos implementados na altura consolidavam a conclusão de que a comunicação social produzia um forte efeito sobre as representações sociais, sendo as audiências entendidas como amplas e, de certo modo, uniformes, susceptíveis de serem manipuladas e submetidas a um controlo político alienador (Adorno & Horkheimer, 1997; Sears, 1987).<sup>4</sup>

É neste contexto que surge então o primeiro paradigma, a “teoria hipodérmica”, segundo a qual os *mass media*, abordados aqui de uma forma global, independentemente das especificidades de cada meio, teriam efeitos directos e persuasivos sobre as populações através das mensagens veiculadas, isto é, que estas corresponderiam em termos de comportamentos e atitudes aos estímulos enviados pelos *mass media*. Esta teoria não seria apenas aplicável a sociedades com regimes totalitários; mesmo em sociedades democráticas, através da elaboração meticulosa de mensagens persuasivas e amplamente difundidas, os candidatos políticos ou outros agentes teriam a capacidade de influenciar as audiências a favor dos seus interesses através da assimilação integral e imediata desses conteúdos comunicacionais. Aplicada a contextos eleitorais, defendia-se que a probabilidade de um candidato ganhar eleições era proporcional ao número de pessoas expostas a essas mensagens persuasivas (Iyengar & Simon, 2000).

O principal representante desta perspectiva, que defendia que os meios de comunicação de massa são extremamente poderosos e com efeitos previsíveis na audiência, é Harold Lasswell, que nos seus estudos sobre os efeitos da propaganda de guerra defende que “a audiência é visada como um alvo amorfo que obedece cegamente ao esquema estímulo-resposta” (Mattelart, 1997, p. 17).

#### *A teoria dos efeitos limitados*

Como reacção a estas primeiras teses iniciais que apontavam para um efeito maciço e directo dos *mass media* sobre a sociedade, surgiu uma segunda linha de investigação cujas conclusões a colocaram no pólo diametralmente oposto aos resultados alcançados

---

<sup>4</sup> Ver capítulo “The culture industry: enlightenment – a mass deception”, na edição em inglês de 1997, dedicado à indústria cultural (Adorno & Horkheimer, 1997, pp. 120-167).

anteriormente, dando origem à “teoria dos efeitos limitados”. Na década de 1940, o trabalho levado a cabo por Lazarsfeld, Berelson e Gaudet (1944) durante a campanha presidencial de 1940 nos Estados Unidos refutou a teoria hipodérmica, demonstrando, ao invés, que a influência dos *mass media* era muito limitada e que a propaganda eleitoral tinha produzido pouca ou nenhuma alteração significativa no sentido de voto e na opinião dos eleitores. Paradoxalmente, os autores demonstraram que quanto mais os indivíduos estavam expostos ao que era difundido pela comunicação social, menos existia a tendência para alterarem as suas disposições previamente estabelecidas. A partir desta conclusão, a teoria dos efeitos limitados desloca a tónica da relação causal directa e persuasiva entre a propaganda de massas e a manipulação da audiência para incidir num processo indirecto de influência, onde os processos comunicativos interagem com as dinâmicas sociais (Wolf, 1995).

Com efeito, as mensagens veiculadas pela comunicação social mais não fariam do que reforçar as atitudes já existentes na sociedade, em vez de provocar alterações significativas nessas mesmas atitudes, devido à forma selectiva como os indivíduos consumiam a informação e escolhiam as suas fontes em consonância com as suas opiniões e atitudes, levando-os a rejeitar as mensagens que de alguma forma colidissem com as normas grupais instituídas (Vala, 1984). Esta premissa vem na linha da conhecida teoria da “dissonância cognitiva” (Festinger, 1957) que, à época, muito contribuiu para a construção desta perspectiva dos efeitos limitados dos *mass media*. Esta teoria defende que os indivíduos procuram encontrar uma coerência entre as suas cognições (convicções, atitudes, opiniões), revelando-se a manutenção de cognições contraditórias psicologicamente desconfortável, que os leva a eliminar ou a reduzir essa dissonância.

A este paradigma dos efeitos mínimos está associado um outro modelo explicativo, designado por “modelo de ressonância”, que defende que as mensagens persuasivas, em vez de actuarem contra e produzirem modificações nas opiniões e atitudes, agem em cooperação e no mesmo sentido das disposições de cada indivíduo (Iyengar & Simon, 2000). Como o nome do modelo indica, os efeitos dos *mass media* dependerão assim em grande medida da correspondência existente entre as mensagens veiculadas e as atitudes e opiniões já existentes em cada indivíduo, isto é, do “eco” encontrado na comunicação social das suas ideias e disposições. A informação que se ajusta a essas atitudes e opiniões é assimilada e reforça ainda mais essas disposições já existentes, enquanto a que é contrária tende a ser não apreendida e rejeitada.

Conjuntamente com estas conclusões gerais, é proposto um novo modelo de análise mais elaborado do processo comunicacional e da recepção das mensagens veiculadas pela comunicação social – o “*two-step flow of communication*” (Katz & Lazarsfeld, 1955). Este modelo sustenta que os efeitos dos *mass media* devem de ser analisados tendo em conta um nível intermédio de mediação social onde a comunicação interpessoal assume um papel decisivo, na medida em que os destinatários da informação veiculada pelos *mass media* não estão isolados, mas sim em relação com outros indivíduos que os podem levar a atribuir maior ou menor importância a determinadas mensagens e assuntos pela sua autoridade nas relações interpessoais (Lazarsfeld, et al., 1944; Lipset, Lazarsfeld, Barton, & Linz, 1954). Assim, o fluxo da comunicação seria determinado pela mediação que os “líderes de opinião”<sup>5</sup> fariam entre a comunicação social e os restantes indivíduos da comunidade: por se exporem mais frequentemente aos conteúdos mediáticos e, por isso, mais passíveis de serem influenciados pelos seus conteúdos (primeira etapa), esses grupos restritos teriam a capacidade de influenciar outros de acordo com os seus interesses particulares (segunda etapa) (Lazarsfeld, et al., 1944).

As várias conclusões destes modelos e a investigação conduzida entre os anos de 1940 até ao final da década de 1960 vieram assim reforçar a teoria de que os *mass media* tinham efeitos limitados sobre as suas audiências, isto é, que a sua influência no estabelecimento da agenda pública seria mínima. Esta evolução no paradigma dominante sobre os efeitos dos *mass media* levou a uma total ruptura com as teses iniciais e com os pressupostos da teoria hipodérmica, desvalorizando assim quase por completo os efeitos persuasivos que as mensagens veiculadas pelos meios de comunicação podiam provocar. O estudo dos efeitos dos *mass media* deixou assim de se centrar na capacidade que estes teriam para modificar os valores, opiniões, atitudes e comportamentos, para se ocupar da influência que teriam para manter e reforçar os já existentes (Klapper, 1960).

---

<sup>5</sup> Segundo o conceito de líderes de opinião, entende-se que “em todo o grupo social existem indivíduos particularmente activos, bem informados e eloquentes. São mais sensíveis que os outros aos interesses do seu grupo e têm mais vontade de manifestar a sua opinião acerca de assuntos de relevo” (Katz e Lazarsfeld, citados por Penedo, 2003, p. 22). Desta forma, a função dos líderes de opinião seria de mediação entre os meios de comunicação e os indivíduos menos interessados e participativos. Regularmente, o índice de mobilização cognitiva do EUROBARÓMETRO mede há várias décadas a distribuição dos “líderes de opinião pública” na UE.

***A teoria dos efeitos cumulativos a longo prazo e a função de agendamento (a hipótese de Agenda-Setting)***

Posteriormente, outra linha de investigação mostrou que era necessário relativizar alguns dos argumentos postos de lado por este último paradigma, voltando-se, progressivamente, a admitir a probabilidade da existência de efeitos mediáticos fortes das mensagens veiculadas pelos *mass media*, colocando assim em causa os fundamentos da teoria dos efeitos limitados. Contudo, não se trata de um retorno aos efeitos directos, imediatos e persuasivos dos primeiros estudos como de seguida se verá, já que o estudo das “actividades de endosso e de persuasão” é substituído pelo estudo da “selecção e exposição da informação” (Saperas, 1994). Com efeito, desde o início da década de 1970, os trabalhos académicos têm vindo a demonstrar que, afinal, os *mass media* possuem mesmo um poder bastante razoável para influenciar e moldar a agenda pública, apesar de as ciências sociais não terem tido a capacidade até então de o comprovar eficazmente (Bartels, 1993).

Já em 1922, Walter Lippman defendia que os *mass media* eram uma das principais fontes das representações que os indivíduos tinham dos “acontecimentos do mundo real”, dado que a audiência não pode experienciar a maioria deles directamente. Consagra assim a esta ideia um importante capítulo do seu livro pioneiro sobre a opinião pública, intitulado “The World Outside and the Pictures in Our Heads” (Lippman, 1922). Neste texto, destaca o papel desempenhado pelos meios informativos na definição do mundo que cada indivíduo tem para si e a capacidade que têm para induzir quais são os assuntos exteriores mais importantes. Moldam as opiniões e reconstróem a realidade com base em “imagens” ou “fotografias” selectivas, parcelares e momentâneas que os indivíduos apropriam para construírem as suas percepções privadas, devendo o trabalho desenvolvido pelos jornalistas ser entendido mais como um foco de luz do que um espelho que reflecte o mundo.

Na década de 1960, Bernard Cohen (1963) havia defendido que a imprensa “pode, na maior parte das vezes, não conseguir dizer às pessoas como pensar, mas tem, no entanto, uma capacidade espantosa para dizer aos seus próprios leitores sobre o que pensar” (citado em Traquina, 2000b, p. 17), acrescentando que o mundo parece ser diverso para diferentes pessoas, dependendo do mapa que lhes é desenhado pelos redactores, editores e directores do jornal que lêem (Traquina, 1995).

As ideias defendidas por estes dois autores acabaram por estimular e inspirar muita da investigação posterior sobre o papel dos *mass media* para influenciar a agenda

pública, nomeadamente a que foi desenvolvida por Maxwell McCombs e Donald Shaw (1972), que são apontados como os precursores de uma nova reorientação dos estudos sobre os efeitos dos *mass media* que pretende dar mais atenção a processos de influência indirectos, complexos e prolongados no tempo. Estes trabalhos levaram à edificação do paradigma do “agendamento” – “*agenda-setting*” na sua designação original (Gans, 1979; McCombs, 1996; McCombs & Shaw, 1993; Saperas, 1994; Traquina, 1995; Wolf, 1995). Nesta nova proposta, os efeitos da comunicação de massa deixam de ser directos e a curto prazo, com a capacidade de alterar os comportamentos e as atitudes dos indivíduos com as suas mensagens persuasivas (carácter mecânico, behaviorista, de estímulo-resposta), para passarem a ter “efeitos cumulativos a longo prazo” para além da imediatividade das comunicações, influenciando o modo como os destinatários das mensagens mediáticas organizam o seu conhecimento sobre a realidade social. A influência dos meios de comunicação de massa é assim determinante e assenta num processo de significação. A problemática desloca-se para a relação entre os contextos de difusão da informação e a construção social da realidade, cujos efeitos/impactos se dão ao nível da estrutura cognitiva do público, o que coloca os estudos de comunicação e as suas preocupações mais próximas das verificações e dos postulados da sociologia do conhecimento.

O que passa a interessar é a forma como os indivíduos, influenciados pelos *mass media*, modificam as suas representações da realidade social, através da construção e reconstrução dos processos que formam essas representações, assumindo-se o efeito dos *mass media* como um “efeito cognitivo sobre os sistemas de conhecimento que o indivíduo assume e estrutura de uma forma estável” (Wolf, 1995, p. 125). Estes efeitos assumem um “carácter cumulativo”, sendo a comunicação vista como uma forma processual, interessando analisar não só a comunicação em si, mas também “as suas relações com outros processos comunicativos, anteriores ou contemporâneos” (Wolf, 1995, p. 126), resultantes de outras instituições comunicacionais para além dos *mass media*, evidenciando-se uma interacção e interdependência permanente entre os vários factores que intervêm neste processo.

A partir dos resultados obtidos no seu estudo durante a campanha eleitoral presidencial norte-americana de 1968, que indicavam existir correspondência entre o conjunto de temas abordados pelos *media* e os temas que preocupavam o público no decorrer dessa mesma campanha, McCombs e Shaw concluíram que “ao seleccionarem e divulgarem as notícias, os editores, os profissionais da redacção e os meios de difusão



desempenham um papel importante na configuração da realidade política. Os leitores não só ficam a conhecer um determinado assunto, como ficam também a saber qual a importância a atribuir a esse mesmo assunto, a partir da quantidade de informação veiculada na notícia e da posição por ela ocupada” (McCombs & Shaw, 2000, p. 47). Nas palavras de Shaw (citado em Wolf, 1995, p. 128), esta hipótese sustenta que “em consequência da acção dos jornais, da televisão e dos outros meios de informação, o público sabe ou ignora, presta atenção ou descarta, realça ou negligencia elementos específicos dos cenários públicos. (...) As pessoas têm tendência para incluir ou excluir dos seus próprios conhecimentos aquilo que os mass media incluem ou excluem do seu próprio conteúdo”. Para além disso, “o público tende a atribuir àquilo que esse conteúdo inclui uma importância que reflecte de perto a ênfase atribuída pelos mass media, aos acontecimentos, aos problemas, às pessoas” (Wolf, 1995, p. 128).

O pressuposto fundamental do *agenda-setting* é que a compreensão que as pessoas têm de grande parte da realidade social lhes é fornecida pelos *mass media*, admitindo-se assim que o seu impacto não deveria ser sub-valorizado, na medida em que a comunicação social teria um forte efeito na designação dos temas a serem objecto de reflexão e discussão. Isto é, “os *mass media*, ao descrever e precisar a realidade exterior, apresentam ao público uma lista daquilo sobre que é necessário ter opinião e discutir” (Saperas, 1994). Esta teoria sustenta que a percepção pública de determinados acontecimentos e o agendamento que os indivíduos fazem dos seus próprios assuntos, bem como as suas conversas, dependem em grande medida da informação que a comunicação social veicula, já que esta tem a capacidade de organizar e estruturar a realidade social de acordo com a importância que atribui aos vários temas e que, por conseguinte, determinará ou influenciará o grau de relevância que os indivíduos atribuem aos vários temas públicos, sejam eles de natureza política, económica e social, ou de cariz cultural ou artístico (McCombs, 1996).

O papel que os *mass media* assumem na construção da “imagem” da realidade social é “simplesmente uma metáfora que representa a totalidade da informação sobre o mundo que cada indivíduo tratou, organizou e acumulou - pode ser pensada como um standard em relação ao qual a nova informação é confrontada para lhe conferir o seu significado. Esse standard inclui o quadro de referência e as necessidades, crenças e expectativas que influenciam aquilo que o destinatário retira de uma situação comunicativa” (Wolf, 1995, p. 132). Assim, a formação da agenda do público é muito mais complexa do que a ordenação e enunciação de temas veiculados pelos *mass media*.

A teoria do *agenda-setting* trabalha assim sobre a capacidade dos *mass media* para estabelecer a agenda dos temas merecedores de atenção pública, defendendo que o facto de estes conferirem presença pública a determinados assuntos e temas (em detrimento de outros) levará a opinião pública a ter maior interesse e maior conhecimento sobre eles. É assim um processo específico de influência dos *mass media*, que implica a existência de uma relação significativa entre a saliência de determinados temas por eles veiculados e o grau de importância que as pessoas pertencentes a uma determinada comunidade atribuem a esses mesmos temas, ou seja, o público tende a atribuir importância a assuntos que reflectem de perto a ênfase que lhes é atribuída pela comunicação social. O que está em causa não é simplesmente a existência mediática ou não de um assunto/tema, mas também o grau de importância conferido. A função de *gatekeeper* em articulação com o estabelecimento de uma agenda temática revela-se de especial importância, visto que é a partir da acção deste tipo de função que é feita a selecção dos temas e o grau de relevância a atribuir a esses mesmos temas, iniciando depois todo o processo de estabelecimento da agenda dos *mass media* e determinando posteriormente qual o período de tempo que os temas permanecerão com visibilidade.

Como referem McCombs e Shaw, as “audiences not only learn about public issues and other matters through the mass media, they also learn how much importance to attach to an issue or topic from the emphasis the mass media place upon it” (citado em McQuail & Windahl, 1993, p. 104). A capacidade dos *mass media* para determinar a visibilidade pública de determinados temas, estabelecendo entre eles uma hierarquia, não deve ser confundida com a capacidade dos *mass media* para determinar o que as pessoas pensam sobre um dado assunto: na formulação já clássica, a agenda dos *mass media* não diz às pessoas o que pensar, mas apenas sobre o que pensar. É habitualmente aceite que os *mass media* têm o poder de estabelecer a agenda na discussão pública de assuntos, decidindo o que é importante e o que deve receber atenção pública. No entanto, também é verdade, como veremos mais à frente, que os media não só dizem sobre o que deve ser pensado como também fornecem os elementos como os assuntos devem ser pensados, controlando o tipo e a extensão de informação disponível sobre determinado assunto em relação ao qual a maioria da audiência não tem uma experiência directa.

Ao tornar certos assuntos ou problemas mais salientes, os *media* influenciam a construção da realidade percebida pela audiência e a própria forma como determinado assunto é enquadrado influencia igualmente a maneira como o público irá

pensar esse mesmo assunto (McCombs & Shaw, 1993; Shaw & Martin, 1992). Mesmo que os *mass media* não consigam moldar toda a opinião, conseguem pelo menos moldar a visibilidade da opinião, estabelecendo o enquadramento perceptivo dentro do qual a opinião pública se constrói (Parenti, 1993).

Nas sociedades contemporâneas, os indivíduos, tendem assim a depender cada vez mais dos *mass media* para a construção das suas versões da realidade. À medida que as sociedades se desenvolvem e complexificam, as oportunidades para a vivência directa dos indivíduos de experiências sociais e políticas decrescem. E quanto mais dependentes se tornam da informação veiculada pelos *mass media*, mais sujeitos estarão a que as suas opiniões mudem em resultado dessa mesma informação. Essa dependência é tanto maior quanto mais essa informação conseguir satisfazer os interesses informativos dos indivíduos (Nimo & Combs, 1993). Interesses esses que são em grande medida criados e moldados pelos próprios *mass media* – o que equivale a dizer que não se trata apenas de uma mera satisfação de necessidades informativas que os indivíduos já têm e às quais os *mass media* respondem.

Encontramos aqui as premissas gerais do “modelo da dependência” (Ball-Rokeach, 1985; Ball-Rokeach & DeFleur, 1976), assente na ideia de que, os indivíduos, nas sociedades contemporâneas dependem crescentemente da informação mediática para a formação da opinião e a tomada de decisões. De acordo com este modelo, a explicação para os efeitos dos meios comunicação de massa deverá ter em conta o grau de dependência dos receptores relativamente à informação veiculada pelos meios de comunicação; a intensidade e importância das funções de informação para os receptores; e o grau de estabilidade das estruturas do sistema social. Este modelo pressupõe que os indivíduos precisam dos meios de comunicação de massa para obter informação e explicações necessárias ao conhecimento das ocorrências no sistema social. Quanto mais elevados os níveis de incerteza do público, maior será o grau de dependência informativa dos indivíduos em relação aos meios de comunicação de massa. Caso estes meios sejam a sua única ou a principal fonte de informação maior será também a dependência informativa por parte dos receptores.

Existem pois três tipos de efeitos nos receptores da comunicação de massa: cognitivos, afectivos e comportamentais (Littlejohn, 1982). Em relação aos efeitos cognitivos, os autores consideram haver cinco tipos: 1) resolução da ambiguidade: sempre que a ambiguidade proveniente do sistema é sentida, a dependência dos indivíduos em relação aos meios de comunicação de massa aumenta; 2) formação de

atitude: diz respeito à selectividade dos receptores em relações às mensagens veiculadas pela comunicação de massa e em relação aos factores envolvidos nesse processo de mediação; 3) estabelecimento da *agenda-setting*: tem a ver com os temas seleccionados pelos meios de comunicação, bem como as mensagens e informações seleccionadas pelos receptores, consoante os seus interesses individuais e as suas características psicológicas e sociais; 4) expansão das crenças: a comunicação de massa possibilita a divulgação e ampliação do número de crenças em geral e de cada indivíduo em particular; e 5) esclarecimento de valores: perante um conflito de valores, os indivíduos têm a possibilidade de clarificá-lo através da confrontação com as mensagens da comunicação de massa. Quanto aos efeitos afectivos, estes referem-se às reacções emocionais e aos sentimentos pessoais, visto que os mesmos podem ser afectados pela comunicação de massa. Por fim, relativamente aos efeitos comportamentais, o modelo da dependência refere a “activação” e a “desactivação” de determinados comportamentos pela acção das mensagens dos meios de comunicação de massa.

A ideia principal deste modelo é, portanto, a de que os efeitos das mensagens estão relacionados com o grau de dependência que os indivíduos têm relativamente à informação fornecida pelos meios de comunicação de massa. Ou seja, quando os indivíduos não têm um quadro de referência para conhecimento, compreensão e acção relativamente ao que se passa no sistema social, emergem os efeitos das mensagens da comunicação de massa nas audiências. Sendo o sistema de saúde de um país importante para todos, quer para aqueles que têm habitualmente experiência do sistema, quer para os que não têm experiência directa, nem sequer indirecta através de familiares ou pessoas próximas, os meios de comunicação de massa tornam-se uma fonte inevitável para a formação da opinião acerca do seu funcionamento, em particular para estes últimos, que fundamentam a sua opinião sobre o sistema apenas com base nos órgãos de informação. Este modelo tem sido aliás aplicado em estudos na área da saúde sobre a influência dos *mass media* na construção das crenças de saúde (“*health beliefs*”) e na percepção do risco e prevenção de doenças, que poderão levar à alteração de comportamentos (Morton & Duck, 2001; Wilkin & Ball-Rokeach, 2006).

A dependência das pessoas relativamente aos *mass media* não é, contudo, constante nem uniforme: por exemplo, as classes com maior capital cultural e económico tendem a ser menos dependentes do que as classes mais desfavorecidas. Ao mesmo tempo, a dependência das pessoas em relação aos *mass media* é maior em tempos de mudança no campo social no seu todo ou apenas em determinados sub-

campos, variando também em função do grau de desenvolvimento do campo mediático e jornalístico, bem como da capacidade deste último para marcar a agenda e para responder à procura da audiência (Littlejohn, 1982).

O estudo dos processos de agendamento tem estendido o sua área de interesse, ocupando-se também da forma como os *mass media* actuam no domínio específico da produção noticiosa, analisando os vários factores em equação que ditam e caracterizam a informação e as representações difundidas que, por seu turno influenciarão a percepção que a opinião pública tem dos assuntos veiculados. Ao estabelecimento da agenda de temas por parte dos *media* e à produção informativa está associada a função de “*gatekeeper*”, que assenta no permanente processo de selecção realizado por um número restrito de agentes que seleccionam o material informativo (por exemplo, directores, editores, repórteres, serviços de informação oficiais), os quais determinam quais os acontecimentos jornalisticamente relevantes em detrimento de outros. Estes agentes são apelidados de *gatekeepers* dado que controlam de forma decisiva o acesso à arena pública (Saperas, 1994). Os *mass media* regulam e determinam o conteúdo da comunicação e da informação pública com base em valores próprios, tendo um forte papel selectivo sobre os assuntos que passam as suas “portas” para assim chegarem ao público. Este processo faz parte da análise da organização do trabalho jornalístico e das suas rotinas, que terão também influência na forma como a agenda é estabelecida (Schlesinger, 1990; Schudson, 1989, 1991; Soloski, 1989). Esta linha de investigação reconhece assim que, para além da contribuição que os estudos sobre os processos de *agenda-setting* dão para a análise dos efeitos cognitivos que a comunicação social assume sobre o público, estes vieram também demonstrar que o processo de organização, construção e difusão da informação noticiosa e os valores a eles associados (“*newsmaking*”) é relevante para a forma como os *mass media* determinam o que tem ou não relevância social para ser transmitido num dado momento.

Quanto ao posicionamento do processo do *agenda-setting* na tematização dos assuntos, Nélon Traquina (1995) defende que este se situa entre os jornalistas e o próprio público. Por um lado, são os jornalistas que estabelecem os temas considerados prioritários; por outro, é o público que, pelo seu interesse por determinados temas, faz com que os jornalistas estabeleçam o *agenda-setting*, face à percepção que têm do interesse público por esses temas. De forma análoga, Jeffrey Alexander (1988; Alexander & Colomy, 1995) utiliza o conceito de “simbiose” para explicar a relação reflexiva entre os *mass media* e a opinião pública. Os *media* não fazem a opinião

pública, mas potenciam-na, ao mesmo tempo que, inevitavelmente, a canalizam, sem manipulações sistematicamente deliberadas, através da redução da comunicação a códigos semanticamente pré-estabelecidos, que são os únicos que garantem, por definição, a comunicação de massas, mas tendem ao mesmo tempo a cercear a inovação. Segundo o mesmo autor, se determinadas notícias tiverem um potencial simbiótico, isto é, se potenciarem essa relação entre os *mass media* e a opinião pública - na medida em que, como interessam às pessoas a comunicação social difunde-as e, como as difunde as pessoas consomem-nas e discutem-nas, ficando mais interessadas nessas notícias -, estas têm a capacidade de marcar a agenda de uma forma mais efectiva e a influenciar.

Os estudos sobre o *agenda-setting* ganham cada vez mais importância em número e em relevância explicativa pelo papel fundamental que os meios de comunicação de massa assumem na disseminação da informação do mundo contemporâneo e a forma como constroem e estruturam esse mesmo mundo que é dado a conhecer aos indivíduos. Desde a década de 1970, centenas de estudos têm sido realizados tendo como eixo analítico a hipótese do *agenda-setting*, cujos resultados e conclusões têm demonstrado que a influência dos *mass media* sobre agenda pública é de facto inegável e relevante (Roessler, 1999). Os diversos estudos correlacionais, recorrendo a inquéritos e análises de conteúdo, realizados em contextos naturais têm confirmado a validade externa desta hipótese, observando sistematicamente correlações significativas entre a agenda mediática e a agenda pública, enquanto os estudos experimentais têm outorgado a sua validade interna, em que a saliência dos temas é manipulada e os efeitos de outras variáveis que podem interferir no processo que determina as agendas públicas controlados (McCombs, 1996; McCombs, 2000; M. Miller & Krosnick, 2000; Pereira, 2007).

### ***Enquadramento (“Framing”)***

A mais recentemente a investigação sobre o processo de *agenda-setting* tem vindo a demonstrar que os *mass media* não têm só o poder de enunciar os assuntos sobre os quais o público deve pensar, como têm também a capacidade de dizer como este deve pensar sobre esses mesmos temas e, conseqüentemente, o que pensar em termos mais gerais (McCombs & Shaw, 1993). Esta evolução, que se traduz na introdução do conceito de enquadramento (“*framing*”) – ou “*attribute agenda-setting*”, como por vezes também é designado na literatura – revela uma considerável mudança nos

postulados iniciais da hipótese de *agenda-setting*, atribuindo à comunicação social uma capacidade de influência ainda maior do que era defendida inicialmente, ao mesmo tempo que deixa de entender este processo como estando centrado unicamente nos factores relacionados com a saliência dos temas (Entman, 1993; Jasperson, Shah, Watts, Faber, & Fan, 1998; Kioussis & McCombs, 2004; Lopez-Escobar, Llamas, McCombs, & Lennon, 1998; McCombs & Shaw, 2000; Takeshita, 2006; Traquina, 1995).

Defende-se que existem assim dois níveis de agendamento que importa ter em conta, sendo ambos igualmente importantes na investigação do processo de *agenda-setting* (McCombs & Shaw, 1993). Um primeiro nível diz respeito ao estudo do *agenda-setting* tradicional, que se refere, como vimos, à dada saliência aos temas ou objectos pelos *mass media* e nos quais a atenção pública se focará; um segundo nível diz respeito à análise da saliência dos atributos desses temas ou objectos (isto é, das características do discurso produzido), interessando o processo de influência do enquadramento (*framing*) que a comunicação social produz de um determinado tema e que será percebido pelo público. Assim, para além do maior ou menor relevo dado a determinados assuntos, os *mass media* promovem igualmente perspectivas específicas sobre esses mesmos assuntos, ao seleccionar e evidenciar determinadas características, em detrimento de outras, que irão ser veiculadas nos discursos informativos (Entman, 1993; Lilleker, 2006; McCombs, 2000).<sup>6</sup>

O *agenda-setting* de primeira ordem – centrado naquilo que os indivíduos pensam (a saliência dos temas) – e o *agenda-setting* de segunda ordem – centrado na forma como os temas são pensados pelos indivíduos (os atributos dos temas) – apresentam assim diferenças significativas quanto à abordagem de análise, ao nível das variáveis independentes e dos processos cognitivos que lhes estão associados, estando o primeiro centrado numa “heurística da acessibilidade”, enquanto o segundo se refere a uma “*prospect theory*” (Cappella & Jamieson, 1997; Pereira, 2007)

A saliência de determinados enquadramentos (*frames*) que fornecem visões específicas dos assuntos podem ser considerados ideias organizadoras que, por sua vez, funcionam heurísticamente como atalhos cognitivos, os quais tornam o processamento da informação por parte do público mais fácil. Esses enquadramentos tendem no entanto

---

<sup>6</sup> A investigação sobre o *agenda-setting* centrada no processo de influência do enquadramento (*framing*) é mais complexa e difícil de operacionalizar, sendo por isso mais difícil obter resultados fidedignos. Desta forma, tem existido maior evidência dos efeitos mediáticos na opinião pública em estudos que têm por base uma análise do *agenda-setting* tradicional sobre um determinado tema do que em estudos realizados a partir de uma análise do *agenda-setting* centrada nos atributos (Jasperson, et al., 1998).

a simplificar demasiado a cobertura dos diversos temas e a transmitir perspectivas unidimensionais, que reduzem a pluralidade do conhecimento adquirido sobre eles (Lilleker, 2006). Estes enquadramentos mais veiculados permitem assim a redução da complexidade informativa e social. O impacto do discurso das mensagens produzidas pelos *mass media* depende do contexto do universo simbólico, ou seja, com o que está instituído ao nível do discurso comum e colectivo, do discurso público, da sociedade de uma forma geral, não podendo o discurso das mensagens ultrapassar a racionalidade por ele produzida. Por outras palavras, o discurso produzido tem de estar de acordo com essa racionalidade geral, sob pena de não ser entendido, de não ter significado, constituindo portanto a racionalidade do espaço público a “‘censura’ da forma de representar ou falar através dos mass media sobre o mundo” (Oliveira, 1991). A troca de mensagens entre um grande número de indivíduos acerca dos mais variados temas impõe, assim, uma utilização parcial dos mesmos códigos e valores que correspondem ao discurso dominante que esses enquadramentos dos diversos temas vão impondo no espaço público de forma a que a informação seja entendível (Wolton, 1995).

Existe uma standardização dos modelos de comunicação que não pode ser desligada da omnipresença quotidiana dos *mass media*. Sendo estes uma condição da “ligação social”, veiculam no entanto modelos de representação e estereótipos em menor número e menos heterogéneos do que aqueles que existem realmente na sociedade (Wolton, 1995). Esta é uma das funções mais importantes dos *mass media*, uma vez que “os estereótipos são um elemento indispensável para se organizar e antecipar as experiências da realidade social que o sujeito leva a efeito. Impedem o caos cognitivo, a desorganização mental, constituem, em suma, um instrumento necessário de economia na aprendizagem. Como tal, nenhuma actividade pode prescindir deles” (Wolf, 1995, p. 138). Apesar de os *mass media* não imporem por si só os seus valores e representações, uma vez que eles não existem isoladamente, dependendo de outros agentes de socialização e da acção dos indivíduos integrados nessa mesma sociedade, existe no entanto uma desproporção de visibilidade entre os valores veiculados pelos *mass media* ditados pela saliência dos temas e dos enquadramentos, e os restantes valores que existem na sociedade.

Robert Entman, um dos principais precursores deste conceito, defende que “the concept of framing consistently offers a way to describe the power of a communicating text. Analysis of frames illuminates the precise way in which influence over a human consciousness is exerted by the transfer (or communication) of information from one



location – such as a speech, utterance, news report, or novel – to that consciousness” (Entman, 1993, p. 7). O autor defende que os enquadramentos dados aos textos informativos funcionam como esquemas de processamento de informação que fornecem princípios mentais através das características discursivas constantes nas mensagens veiculadas. Os enquadramentos localizam-se nas propriedades específicas da narrativa informativa sobre as quais as percepções, compreensões e pensamentos acerca dos diversos assuntos e eventos são construídos de forma deliberada. Tais enquadramentos informativos seleccionam alguns aspectos da realidade percebida em detrimento de outros e constroem-se recorrendo a metáforas (similaridade e verosimilhança), metonímias (contiguidades), conceitos, símbolos e imagens visuais que são enfatizados na narrativa e que podem surgir insistentemente ao longo do tempo (Entman, 1991).

Para este autor (1991, 1993), os enquadramentos dados aos diversos temas permitem actuar politicamente, definir problemas, diagnosticar causas, atribuir avaliações morais e determinar valores, e sugerir soluções de acordo com uma perspectiva específica. Para identificar um enquadramento há que, em primeiro lugar, determinar a forma como o problema é definido e apresentado. Por exemplo, se é político, económico, ou outro; se existe ou não uma personalização do problema, quais as causas e explicações atribuídas; se a tendência avaliativa da situação é eminentemente positiva ou negativa; quais são os protagonistas principais e secundários, a quem é atribuída a responsabilidade e a que actores são creditadas as soluções, entre muitos outros aspectos a considerar.

Essas estratégias utilizadas enfatizam determinadas visões do assuntos, reforçam certos aspectos em detrimento de outros, tornam visíveis detalhes que poderiam passar despercebidos escondendo outros, permitem rápidas associações básicas ou produzem efeitos de sentido determinados pela ideologia subjacente, produzindo mecanismos que levam os receptores, consciente ou inconscientemente, a aderirem à posição do enunciador; a análise do *framing* evidencia assim os diversos elementos de poder no texto informativo que indicam como os assuntos devem ser pensados, sendo o *framing* uma ferramenta empregada por aqueles que têm o poder para transmitir publicamente as suas perspectivas sobre os assuntos. O significado dado pelos enquadramentos dos diversos assuntos modela e reforça a representação que o público faz da organização social. A homogeneidade das mensagens elimina dúvidas e expressões desviantes, o enquadramento reforça a eficácia desse círculo, o que faz com que as mensagens adquiram um carácter de “verdade” aos olhos dos receptores (Entman, 1991).

A influência do *framing* implica que este produza um efeito comum a uma ampla faixa de receptores, embora seja reconhecido que esse efeito possa não ser absoluto na forma como o assunto é percebido por todos eles; quando um determinado enquadramento domina uma narrativa, uma expressiva maioria deverá chegar a ter o mesmo entendimento sobre o assunto noticiado. Neste processo não é defendido que a audiência recebe passivamente as mensagens, na medida em que os seus membros podem tirar seu próprio significado das mensagens veiculadas. No entanto, quando o *frame* dominante não é confrontado com outras perspectivas ou quando estas têm muito menos visibilidade do que as primeiras, uma posição dita autorizada tende a ser assumida e percebida como válida nesses textos informativos, ao mesmo tempo que esses “*frames*” dominantes tendem a encobrir e a deixar menos espaço a informação que expresse perspectivas alternativas (Entman, 1993).

Para a construção e disseminação desses enquadramentos dominantes dos assuntos contribui também a forma como se desenrola e organiza a actividade jornalística. Segundo Entman (1991), os valores e os hábitos cognitivos dos jornalistas, os constrangimentos das organizações onde trabalham e a forma como se organiza e processa o trabalho jornalístico, combinados com a dependência das fontes, potenciam a construção de enquadramentos conformadores, desvalorizando dados contraditórios ou menos óbvios.

A selecção da informação a ser tornada pública obedece a um padrão de interesse jornalístico específico e essa informação tenderá a ser apresentada dentro de determinados parâmetros ou linhas enquadradoras. As estruturas discursivas dependem directamente das condições do processo de produção das notícias e a sua construção pressupõe escolha e decisão orientadas pelo conhecimento, opiniões, atitudes e ideologias mais ou menos conscientes da parte dos jornalistas, a grande maioria comuns aos restantes membros da sociedade, que os levará a filtrar a informação e a apresentá-la de acordo com determinados enquadramentos interpretativos dentro dessa racionalidade mais global (Fairclough, 1995; Kress, 1990; VanDijk, 1988, 1998).

Muita da mais recente investigação (desde a década de 1990) sobre os efeitos dos *mass media* tem-se centrado assim no estudo da influência do *framing* dos mais variados temas sobre a opinião pública (Cappella & Jamieson, 1997). Como vimos, de um modo geral, o *framing* refere-se à forma como devem ser pensados os temas já estabelecidos pela agenda. No entanto, nem toda a investigação que se ocupa deste processo de influência se insere no âmbito dos estudos de *agenda-setting* de segunda

ordem, dado que muitos destes trabalhos não se ocupam de temas que têm relevância em termos de saliência mediática e pública.

### *Algumas variáveis moderadoras*

A capacidade de influência do processo de *agenda-setting* não é, no entanto, uniforme, estando dependente, de acordo com a investigação produzida, de inúmeras variáveis moderadoras que o podem potenciar ou enfraquecer (Pereira, 2007). Existem algumas que são particularmente importantes quando a temática em estudo é a da cobertura da comunicação social de assuntos relacionados com o sistema de saúde e os cuidados médicos. Desde logo, a influência do processo de *agenda-setting* ocorre preferencialmente em assuntos que são potencialmente importantes e de interesse geral para uma ampla audiência (Kinder, 2003), e os assuntos sobre saúde são-no por excelência. Para além desta premissa mais geral, as características dos temas são determinantes para o processo de *agenda-setting*: quanto mais o tema com maior incidência nos *mass media* afectar directamente os indivíduos, maior é a importância atribuída por estes a esse mesmo tema (Saperas, 1994). O sistema de saúde e os cuidados médicos por ele prestados podem ser considerados um desses temas, existindo um elevado grau de envolvimento dos indivíduos com estes assuntos pela importância que têm para as suas vidas. A importância dada ao tema não resulta assim do efeito provocado pelos *mass media*, mas sim do facto de ser, à priori, um tema relevante individualmente, estando presente nas suas agendas de forma permanente, mesmo que a saliência do assunto oscile nos meios de comunicação ao longo de tempo. Este tipo de temas pode ter a capacidade não só de potenciar a intensidade da influência do *agenda-setting*, mas também de inverter a direcção dessa influência, verificando-se um efeito de “*agenda-setting in reverse*”, isto é, a agenda pública influenciar a agenda mediática (Behr & Iyengar, 1985; Brosius & Kepplinger, 1990).

A envolvimento de um tema é, no entanto, ainda influenciada por aspectos contextuais ou condições do mundo real que cada individuo experiencia (Behr & Iyengar, 1985). A exposição à influência dos *mass media* será tanto maior quanto menos os indivíduos estiverem envolvidos com os temas, sendo a saliência desses temas nas suas agendas pessoais resultado sobretudo da exposição à comunicação social (McCombs, 1996). Esta distinção pode ser feita entre os assuntos com um carácter “*obtrusive*”, ou seja, assuntos para os quais as pessoas podem mobilizar a sua experiência directa, e os assuntos com um carácter “*unobtrusive*”, isto é, assuntos

distantes das pessoas em relação aos quais não têm experiência directa (Traquina, 1995, p. 207). Assim, os assuntos que dificilmente são observados directamente pelos indivíduos e que apenas têm contacto com eles por via da informação veiculada pelos *mass media*, como por exemplo as pessoas que não têm experiência do sistema de saúde por recorrerem menos ou de todo a certos serviços de cuidados médicos, quer directa ou indirectamente (isto é, quando o assunto da saúde apresenta um carácter *unobtrusive*), são aquelas em quem o efeito da agenda da comunicação social é mais intenso, ou seja, quanto mais afastado um indivíduo está da ocorrência de determinados factos, maior é a sua dependência relativamente à agenda construída pelos *mass media* (Walgrave & VanAelst, 2006). Sugere-se que o poder dos *mass media* para influenciar a agenda depende do nível de abstracção dos assuntos: a influência tende a ser maior quando o concreto se opõe ao abstracto no que respeita aos assuntos e problemas (Yagade & Dozier, 1990).

O factor proximidade pode também moderar a influência de um tema coberto pela comunicação social. Quando a incidência geográfica de um assunto é de âmbito local, o envolvimento relativamente a ele é maior porque existe uma experiência directa do meio, permitindo assim aos indivíduos criar uma agenda própria para além do que é veiculado na comunicação social. Desta forma, o processo de *agenda-setting* será mais influente quando os temas se referirem a notícias de âmbito nacional ou a espaços ainda mais alargados (Saperas, 1994).

A investigação tem demonstrado assim que quanto menos envolventes são os assuntos, menos centrais na vida de cada pessoa ou menos próximos geograficamente, mais os indivíduos sentem a necessidade, por experimentarem maiores níveis de incerteza relativamente a esses temas, de se orientar pela comunicação social para formar a sua opinião, ficando assim mais susceptíveis à influência do processo de *agenda-setting* (McCombs, 1996; McCombs & Weaver, 1995).

Para além do referido, é preciso que também exista algum grau de motivação e predisposição para os indivíduos serem influenciados pela agenda mediática. Por exemplo, é necessário que determinadas questões sejam tema de conversa, isto é, que façam já parte da agenda interpessoal (McCombs & Weaver, 1995).

Para que ocorra o processo de *agenda-setting*, é obviamente necessário que os indivíduos se exponham aos conteúdos veiculados pela comunicação social, dependendo a influência desse processo da frequência e dos hábitos de consumo de informação (Hill, 1985). No entanto, é necessário distinguir entre o nível de frequência

de exposição aos conteúdos informativos e a forma como a recepção é feita pelos indivíduos em termos da atenção dispensada e do que é retido na memória, que contribuirá para a apreensão e compreensão dos assuntos (Price & Zaller, 1993). Isto porque, durante a exposição a esses conteúdos são accionados critérios e mecanismos de selecção por parte dos indivíduos, muitas vezes de forma não consciente, relativamente à atenção dispensada aos diversos temas, levando-os a reter uns e a desvalorizar ou a ignorar outros (Hill, 1985).

A apreensão do que a comunicação social difunde depende em grande medida do nível de confiança atribuído aos órgãos de comunicação social, sem a qual o poder de influência não ocorre ou fica muito mais limitado. Com efeito, os indivíduos que declaram níveis de descrédito superiores em relação aos *mass media* em geral ou a determinados meios de comunicação específicos, desconfiando da sua competência ou das suas motivações, são os que menos revelam estar submetidos à influência mediática na organização dos temas na sua agenda (Kinder, 2003; M. Miller & Krosnick, 2000).

Para além do referido, é preciso que também exista algum grau de motivação e predisposição para os indivíduos serem influenciados pela agenda mediática. Por exemplo, é necessário que determinadas questões sejam tema de conversa, isto é, que façam já parte da agenda interpessoal (McCombs & Weaver, 1995). Por outro lado, muita dessa exposição aos conteúdos mediáticos transforma-se em discussão interpessoal, sobretudo em temas importantes como aqueles que se relacionam, por exemplo, com o funcionamento do sistema saúde e a prestação de cuidados médicos. Assim, quanto maior é a discussão interpessoal sobre questões da actualidade maior é o efeito da agenda da comunicação social nesses indivíduos, na medida em que, por um lado, estes tendem a ter como temas de conversa o que os *mass media* emitem, e por outro lado, necessitam de mais informação para alimentar essas conversas (McCombs, 1996; Roberts, Wanta, & Dzwo, 2002). Esta tendência não é no entanto consensual e universal a todos os temas, dado que a discussão interpessoal pode também provocar o efeito inverso, isto é, reduzir a capacidade de influência dos *mass media* ou até mesmo esbatê-la por completo (Roberts, et al., 2002; Saperas, 1994).

Por fim, diversos estudos têm colocado em equação variáveis demográficas e socioeconómicas na relação entre agenda mediática e agenda pública, tais como o género, a idade, a escolaridade e o estatuto sócio-económico. De uma forma geral, os resultados têm demonstrado que a influência da comunicação social tende a ser similar, independentemente dessas características individuais (Roessler, 1999). Quando existem

diferenças, nomeadamente na capacidade de influência em indivíduos com níveis de instrução distintos, as conclusões são contraditórias, existindo estudos que revelam que os mais escolarizados tendem a ser mais permeáveis a esse poder (Hill, 1985), enquanto outros evidenciam que são os menos instruídos quem mais sofre essa influência, em particular, da televisão (Iyengar, Peters, & Kinder, 1982). O interesse por temas políticos, associado a níveis de escolaridade e socioeconómicos mais elevados, é outra das dimensões estudadas na relação com o poder de agenda dos *mass media*. Apesar de ser importante para o processo de *agenda-setting*, também aqui os resultados não são coincidentes, existindo estudos que indicam que quem se interessa por política tende a ser mais sensível à influência da comunicação social, enquanto outros apontam o contrário (Althaus & Tewksbury, 2002; Iyengar, et al., 1982; Miller & Krosnick, 2000).

### ***As abordagens no âmbito do Agenda-Setting***

A profusão de investigação que se tem ocupado do processo do *agenda-setting* resultou assim em estudos mais aprofundados e análises mais complexas que têm originado, por assim dizer, diferentes especializações de acordo com os enfoques analíticos privilegiados, ajudando assim a organizar a investigação que vai sendo produzida sobre esta temática.

A literatura disponível sobre o “*agenda-setting*” pode ser subdividida fundamentalmente em três campos principais: o “*agenda-setting dos mass media*” (*media agenda-setting*), o “*agenda-setting do público*” (*public agenda-setting*), e o “*agenda-setting político*” (*policy agenda-setting*) (Kosicki, 1993; McCombs & Shaw, 1993; Rogers, Dearing, & Bregman, 1993; Saperas, 1994). A literatura do “*agenda-setting*” relativa aos *mass media* examina o conteúdo dos meios de comunicação social para determinar a forma como os assuntos publicados são definidos, seleccionados e enfatizados num espaço temporal definido. A maioria da literatura deste campo do “*agenda-setting*” tem-se desenvolvido sobretudo nas disciplinas da sociologia e da comunicação de massa.

Os estudos do “*agenda-setting do público*” tratam do relacionamento entre os assuntos retratados pelos *mass media* e a prioridade ou importância que o público em geral dá a cada um desses assuntos, isto é, o impacto do agendamento dos assuntos sobre o público e a forma como estes percebem essa informação, a discutem e a utilizam. Para além do estabelecimento da agenda pública, cujos assuntos afectam uma parte significativa da comunidade, pode-se ainda sub-dividir em mais dois níveis de

agendas: a agenda intra-pessoal (Roessler, 1999), que inclui os temas que cada indivíduo elege e sobre os quais pensa; e a interpessoal, que diz respeito aos temas que são discutidos entre esse indivíduo e as outras pessoas da sua rede social (Roberts, et al., 2002). Este campo do “*agenda-setting*” tem sido originalmente trabalhado por disciplinas como o jornalismo e a comunicação de massa. Mais recentemente, a sociologia, a ciência política e a psicologia social e política têm dado também um forte contributo.

Quanto aos trabalhos que examinam o “*agenda-setting* político” tratam a forma como os assuntos veiculados pelos meios de comunicação social se relacionam e marcam a agenda das instituições políticas e governamentais (Kingdon, 1996; Walgrave & VanAelst, 2006). O principal impulso deste tipo investigação é dado por uma perspectiva institucional vinda do campo da ciência política. Para além dos tipos de agenda referidos, há ainda que ter em conta finalmente a influência que um determinado meio, ou, ainda mais especificamente um órgão de comunicação social, assume sobre os restantes, isto é, na agenda de outros órgãos de informação relativamente aos temas que são reportados (Roberts & McCombs, 1994). Por fim, na literatura, o estudo de processos de *agenda-setting* têm ainda sido complementados pelos processos de *agenda-building*, que analisam como e quem influencia ou determina as agendas dos meios de comunicação social, sejam os profissionais que neles trabalham ou outros actores que com eles se relacionam de forma mais ou menos directa e que procuram obter visibilidade para os seus interesses (Fenton, Bryman, & Deacon, 1998).

Em Portugal alguns estudos têm sido realizados neste domínio, quase exclusivamente no âmbito do *agenda-setting* dos *media* sobre as mais variadas temáticas, tais como a visibilidade do crime (Guibentif, 2002), da ciência (Mendes, 2001), da Europa (Horta, 2005), do ambiente (L. Schmidt, 2003), da infância (Ponte, 2005), da imigração e das minorias étnicas (Carvalho, 2007), da política (Nery, 2004), das eleições legislativas e presidenciais (Salgado, 2007a, 2007b; Serrano, 2005), da biotecnologia (Garcia, 1995; Jesuíno, et al., 2001), da doença (Ponte, 2004; Traquina, 2000a) entre outros, sobretudo na imprensa. Já os estudos correlacionais entre a agenda dos *mass media* e a agenda pública são praticamente inexistentes, conhecendo-se apenas um até à data sobre as eleições legislativas de 2005 (Pereira, 2007).

No estudo aqui desenvolvido sobre a visibilidade do sistema de saúde português na imprensa escrita, a perspectiva do “*agenda-setting dos media*” é a que mais nos ocupa. No entanto, para a compreender há que ter em conta e relacionar sempre que

possível os vários tipos de agendamento, na medida em que nenhuma dessas agendas opera isoladamente. Se os *mass media* assumem um papel decisivo nos processos políticos e na percepção pública dos assuntos relacionados com o sistema de saúde, ambos influenciam e balizam aquilo que os *mass media* podem produzir.

É importante lembrar que a identificação precisa e causal de ligações entre a agenda mediática e a agenda pública é muito difícil de determinar, dado que essa relação raramente é linear e unidireccional. Com efeito, a relação entre as duas agendas tende a ser quase sempre complexa, multidimensional e mutuamente dependente uma da outra (Rogers & Dearing, 1988). No entanto, todo o conhecimento que se possa obter sobre a cobertura que é feita pela comunicação social e as representações difundidas acerca de determinado tema ou área de assuntos, como é o caso do estudo aqui desenvolvido sobre o sistema de saúde, representa um enquadramento imprescindível para se ter a percepção das características da informação que pode influenciar a opinião pública.



## Capítulo 2

### A visibilidade da saúde nos *mass media*

Nos nossos dias parece não existir escassez de temas médicos e de saúde nos meios de comunicação de massa. A cobertura da saúde e da medicina evoluiu de uma colecção de peças jornalísticas apresentadas ao acaso e sem grande continuidade, feitas essencialmente por jornalistas sem experiência ou formação específica nesta área, para uma presença constante nos vários tipos de órgãos de informação, genéricos ou temáticos (secções de jornais, revistas periódicas ou programas televisivos dedicados à saúde, por exemplo), através de trabalhos jornalísticos crescentemente especializados com jornalistas preparados para o efeito (Case, 1994b; Grossberg, Wartella, & Whitney, 1998; Seale, 2002, 2004). Também na internet, os *Websites* com conteúdos sobre saúde multiplicam-se, quer aqueles que se dedicam à promoção de hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis, quer os que possuem carácter informativo e noticioso, de entretenimento ou até publicitários. Refira-se ainda que, no campo da ficção, a programação de entretenimento audiovisual tem dado também cada vez mais atenção aos temas médicos, com a produção de séries e filmes com este enfoque (Kline, 2003).

Mais especificamente, a visibilidade do sector da saúde, no que respeita ao funcionamento do sistema e às políticas públicas a ele associadas, tem ganho também uma proeminência crescente nos meios de comunicação social, quer sob a forma de trabalho jornalístico corrente, como notícias e reportagens, quer sob a forma de artigos de opinião de actores sociais vindos das mais variadas áreas que com ele se relacionam (editoriais, colunas de opinião, etc.). Os temas retratados são os mais variados e vão desde as políticas de saúde e as reformas do funcionamento e gestão do sistema, até ao acesso a serviços e equipamentos, passando pelos assuntos relacionados com o financiamento, os recursos técnicos e humanos, os medicamentos, entre outros.

O desenvolvimento da relação entre a comunicação de massas e a saúde tem ocorrido num contexto de rápida mudança no campo dos *mass media* (Atkin & Arkin, 1990). Em primeiro lugar, é de ter em conta as alterações que têm vindo a ocorrer na própria natureza dos meios de comunicação social (Mancini & Swanson, 1996; Poster, 2000; Sorlin, 1997). Com efeito, no quadro da chamada globalização neo-liberal, tem ocorrido uma transformação crucial nas estruturas organizativas e industriais dos *mass media*, onde os diversos tipos de meios se agrupam e dão origem a fortes grupos económicos mediáticos, na medida em que possuem hoje novas possibilidades de expansão proporcionadas pela evolução tecnológica. Incluem-se aqui não apenas os *media* clássicos como a imprensa, a rádio e a televisão, mas também todas as actividades dos diferentes sectores da chamada cultura de massas, da comunicação e da informação. A cultura de massas assente numa lógica essencialmente mercantil com o objectivo de chegar ao maior número de pessoas; a comunicação centrada na retórica, na persuasão, no marketing e na publicidade; e a informação jornalística produzida nas organizações noticiosas, antes com especificidades próprias para cada tipo de órgão de informação. Estas três formas de comunicação, outrora com actividades e características específicas, são cada vez mais difíceis de distinguir, na medida em que se foram imbricando, dando origem a produtos informativos híbridos, quer na forma quer no conteúdo. O resultado tem sido mais entretenimento e menos informação, e uma diversificação e esbatimento das especificidades de cada tipo de *media*.

Por outro lado, o interesse público pela informação sobre a saúde, a doença e a medicina tem crescido nos anos mais recentes, existindo uma convergência crescente entre os conteúdos relacionados com esta temática e as necessidades do mercado e da publicidade dos meios de comunicação social de acordo com a evolução descrita do campo dos *media*, a fim de maximizar audiências (Atkin & Arkin, 1990; Radley, Lupton, & Ritter, 1997). Como refere David Mechanic (2005, p. 187) a respeito da relação entre os meios de comunicação e saúde, nos dias de hoje, “much of the media are controlled by special interests that seek to shape recipients’ frames of reference whether to promote political or ideological attitudes or to entertain, promote products, or inform. There is a great intermixture of purpose, often making it difficult to separate objective information from advertising and promotion”. Esta crescente visibilidade dada à saúde e aos temas médicos reflecte, em parte, a óbvia relevância que estes assuntos se revestem para maioria das pessoas: qualquer um de nós adoece com maior ou menor gravidade ou frequência, e todos temos que recorrer em algum momento a serviços de

saúde a fim de recebermos cuidados médicos. A informação veiculada e percebida reflete e reforça as nossas esperanças e desejos, bem como os nossos medos, ansiedades e preocupações relativamente à saúde e à doença, influenciando os comportamentos e a confiança depositada na eficácia da actuação dos cuidados médicos para resolver ou minorar os problemas de saúde (Entwistle & Sheldon, 1999; Wilkinson, 2001).

Muitas vezes, os assuntos escolhidos, bem como as perspectivas e imagens a eles associadas, tanto na comunicação informativa e noticiosa como nos programas de entretenimento, ajudam a moldar a percepção pública e a construir concepções de forma bastante diferente daquelas que seriam desejáveis pelo lado da saúde (Mechanic, 2005). Apesar de o volume de informação veiculada pela comunicação social relacionada com a saúde ser considerável, muitos assuntos considerados importantes pelo sector da saúde recebem muito pouca ou nenhuma atenção (Atkin & Arkin, 1990). Assim, podem existir conflitos entre aquilo que os editores (*gatekeepers*) julgam importante e, portanto, merecedor de ser publicado com formatos e conteúdos específicos, e aquilo que os especialistas na área da saúde avaliam como essencial ser comunicado à população. Os agentes relacionados com o sector da saúde pretendem uma cobertura mediática positiva, que explique as complexidades e informe de uma forma integrada, e não que o trabalho jornalístico particularize situações e as extrapole para o geral, que perca a visão de conjunto e a complexidade da realidade, levando a que as populações formulem juízos errados devido aos casos particulares retratados, e ignorando frequentemente os assuntos de uma perspectiva societal ampla que são geralmente mais significativos para a saúde, a favor do relato de “estórias” ou situações personalizadas e individuais. Isto é, os *mass media* tendem a cobrir assuntos localizados e com uma duração curta no tempo, ao invés de uma cobertura mais prolongada e reflexiva.

Estudos recentes demonstram que os *mass media* tendem a reduzir os assuntos de saúde ao nível do indivíduo e das suas preocupações mais imediatas; a explorar o lado emocional dos pacientes e do público em geral; a dar demasiada atenção a ocorrências singulares e isoladas em matérias de saúde num formato apelativo de estilo tablóide, não fornecendo ao público informação relevante sobre assuntos relacionados com o sector da saúde que necessitam de outro entendimento e que têm a ver com o funcionamento e gestão do sistema (Atkin & Arkin, 1990; Seale, 2002). Existirá então uma tendência da parte dos *mass media* para glorificar os novos “milagres” médicos sem qualquer discussão dos custos, dos impactos ou efeitos laterais; ou relatar “estórias”

relacionadas com acontecimentos médicos, por vezes demasiado dramatizados, sem qualquer tentativa de os colocar num contexto mais alargado que ajudaria as audiências a entender melhor os problemas de uma forma sistémica e integrada (Seale, 2002). Muitas vezes, com o intuito de colocar essas notícias num primeiro plano, existe a tendência para exagerar, de forma a torná-las ainda mais envolventes e interessantes do ponto de vista dramático (Case, 1994a; Seale, 2002, 2004).

A informação sobre saúde estará então sujeita a enviezamentos e a certas tendências informativas parciais (*“information biases”*), tal como em qualquer outro assunto noticiado. Tais enviezamentos são essencialmente quatro (Bennett, 1988): 1) a propensão para elaborar “notícias personalizadas”, que resultam de uma tendência da parte dos jornalistas para atribuir importância a actores individuais e ângulos de interesse humano, em detrimento de considerações institucionais ou políticas que ajudem a explicar o contexto social dos factos; 2) a “dramatização das notícias” resulta da tendência para construir uma narrativa que facilite a exposição e da sobrevalorização de aspectos informativos sobre uma dada situação que apelem ao lado emocional, enfatizando as notícias com pendor dramático e os aspectos como a crise sobre a continuidade, o conflito sobre o consenso, a dissidência sobre o acordo, a imagem sobre a substância, o presente sobre o passado ou o futuro (descontinuidade), os conflitos pessoais; 3) a “fragmentação das notícias”, em que estas são apresentadas de forma isolada, destituídas de história ou contexto, dificultando o entendimento de uma visão integrada por parte do público; 4) finalmente, a tendência para apresentar as notícias de uma forma “normalizada”, que tem a ver com a dependência dos jornalistas relativamente a fontes oficiais ou reconhecidas (*“authoritative sources”*), que oferecem interpretações já tratadas e formatadas dos acontecimentos.

Como refere David Mechanic (2005, pp. 188-189), “the media are shaped by varying values and interests, including the need to capture market share. Thus, media producers and writers seek content that elicits interest and excitement, rather than trying to balance perspectives and information. News and entertainment, as well, are built on anecdotes and personal stories, often quite unrepresentative of the actual state of affairs. Scandals and violence, reports of abuse and corruption, and disagreements and controversy are more successful in eliciting interest than more bland—and perhaps more accurate—depictions of the state of affairs, the changing prevalence of crime, the rate of pregnancy among unmarried mothers, or the misdeeds of public officials”. Mesmo quando a comunicação social cria espaços específicos sobre saúde ou produz

informação onde se nota maior esforço para produzir conteúdos equilibrados e precisos relativamente às diversas perspectivas que podem estar em discussão, os *mass media* não deixam de privilegiar representações obscurecidas pelos assuntos e perspectivas dominantes difundidas pelos tipos de *mass media* com maiores audiências (Mechanic, 2005).

Sendo estes últimos considerados um dos poderosos agentes socializadores a operar nas sociedades contemporâneas (Croteau & Hoynes, 1997), é imprescindível ter em conta o papel, ainda que parcial mas decisivo, que as suas mensagens podem assumir na constituição, formatação e manutenção dos valores, crenças e normas existentes sobre a saúde, a doença e a medicina.

Com efeito, os *mass media* são uma das mais relevantes fontes de informação sobre saúde para os indivíduos nas suas diversas vertentes. De uma forma geral, as representações e o conhecimento que os indivíduos têm das instituições do sector da saúde ou de outras cujas actividades com ele relacionadas directa ou indirectamente, não assenta, na maioria dos casos, na experiência directa que poderiam ter delas, nem mesmo da experiência de pessoas que fazem parte das suas redes sociais (Ling, et al., 1992; Mechanic, 2005). São, sim, fundamentalmente construídas com base no que lhes é transmitido pelos meios de comunicação social de forma inteligível e acessível ao maior número de pessoas, que não só servirão para formarem as suas atitudes e opiniões acerca dessas instituições, como interferirão nos seus comportamentos. Com efeito, os indivíduos têm necessidade de obter informação sobre os diversos assuntos relacionados com o sector da saúde e as suas instituições, a qual poderá ampliar as suas escolhas e ajudá-los a tomar decisões, desde as que se relacionam com as políticas de saúde às questões médicas propriamente ditas de carácter curativo ou preventivo (Kline, 2003; Mechanic, 2005).

Para além disso, a ênfase colocada nos dias de hoje na ciência como fonte de conhecimento, sobretudo em áreas como a saúde e a medicina, faz com que os *mass media* sejam utilizados como veículos de transmissão desse conhecimento que simplificam e “traduzem” o jargão médico e da saúde pública, compilando e destacando os factos e os dados produzidos pela actividade científica que consideram, com base nos seus próprios valores, serem os mais relevantes de serem conhecidos, dado que a maioria da população não tem, como é evidente, acesso directo às fontes do campo científico (Lupton & Tulloch, 1996).

Muita investigação tem sido produzida em vários campos disciplinares sobre a análise da cobertura mediática sobre a saúde e a medicina. Os estudos têm variado segundo o tipo de *media* observado, os assuntos em análise e as abordagens analíticas e metodológicas escolhidas, permitindo identificar paradigmas e enquadramentos interpretativos recorrentes nessa cobertura mediática sobre a saúde e a medicina. Os diversos estudos, sobretudo os que privilegiam uma “análise crítica do discurso” (Fairclough & Wodak, 1997; Weiss & Wodak, 2003), têm identificado um conjunto de linhas temáticas e enquadramentos interpretativos veiculados pelos *mass media* que têm associadas ideologias específicas sobre saúde, a doença e os cuidados médicos, e como é que elas são constituídas, sustentadas e perpetuadas através das estruturas discursivas difundidas (Kline, 2003).

Vejam os então as principais conclusões que a investigação tem produzido sobre a relação entre a saúde e os *mass media* nas sociedades da área geo-cultural de Portugal, no que diz respeito aos principais temas identificados e às representações e enquadramentos interpretativos difundidos. Apesar de neste projecto apenas nos centrarmos na análise da informação veiculada pela imprensa escrita sobre os assuntos que se relacionam com o sector da saúde em Portugal, o conhecimento sobre o que é difundido acerca da saúde e da medicina em termos globais pelos *mass media* torna-se imprescindível, na medida em que essa parcela da comunicação sobre saúde não ocorre fora desse contexto mais geral, no que se refere à saliência de temas, representações e enquadramentos, bem como ao sistema de valores a eles associados. Assim, para além das principais conclusões sobre a cobertura dos sistemas de saúde e os serviços que prestam os cuidados médicos na comunicação social, serão abordados outros assuntos paralelos que com eles directamente se relacionam, tais como a relação dos *mass media* com a medicina e a prática médica, o progresso científico e tecnológico, e a individualização da doença no que respeita à promoção da saúde.

### ***Os sistemas de saúde e os cuidados médicos***

A análise da cobertura mediática dos diversos temas que englobam o funcionamento do sistema de saúde e os serviços que prestam cuidados médicos permite expor as dinâmicas sociais e políticas que lhes estão subjacentes, bem como revelar os valores sociais, mediáticos e jornalísticos latentes que orientam a selecção e a apresentação da informação sobre esses assuntos. Os enquadramentos interpretativos dos jornalistas não

são independentes dos paradigmas utilizados pelos restantes membros da sociedade. Assim, mudanças na forma como a sociedade looks at health-care policy and services têm necessariamente correspondência in the types of stories carried in the media, que sofrem também elas mudanças. Meter no texto.

A importância do conhecimento das características da informação veiculada pela comunicação social, assim como da natureza e alcance dos diferentes enquadramentos interpretativos a ela associados, reside na significativa capacidade que os *mass media* têm para moldar a forma como as audiências vêem e compreendem os serviços de saúde nas suas diversas vertentes. Tal informação, depois de assimilada poderá orientar comportamentos na utilização dos cuidados médicos, bem como atitudes relativas às políticas associadas a esta importante área governativa (Entwistle & Sheldon, 1999). A identificação das características informativas e dos quadros interpretativos difundidos permite perceber o padrão de valores associados à selecção dos assuntos e aos seus conteúdos que determinam o que merece e o que não merece ser publicado e como deve ser apresentado (as perspectivas que são mais privilegiadas em detrimento de outras) (Best, Dennis, & Draper, 1977).

Embora algumas das conclusões dos diversos estudos sobre esta temática sejam relevantes e transversais aos diferentes países, existem diferenças internacionais muito assinaláveis na forma como os *mass media* cobrem os assuntos relacionados com os sistemas de saúde que reflectem diferenças sociais, culturais e políticas, bem como formas diversas de financiamento, de organização da prestação de cuidados médicos e de regulação próprias (Entwistle & Sheldon, 1999).

Especificamente sobre a visibilidade na comunicação social dos sistemas de saúde e dos serviços que prestam os cuidados médicos, muito pouca investigação tem sido produzida. Algumas das mais importantes tendências observadas ao longo do tempo nos poucos estudos que têm sido desenvolvidos, assim como o surgimento de novos quadros interpretativos serão apresentados de seguida, interessando-nos em particular as análises feitas em sociedades com sistemas de saúde próximos do português, como é o caso do National Health Service britânico (NHS). Nos EUA têm sido efectuados também alguns trabalhos neste domínio aos quais não nos referimos em detalhe, dadas as características particulares do sistema de saúde vigente que está sobretudo orientado para o mercado, o que torna a cobertura mediática do seu funcionamento bastante diferente da que é feita em países onde os sistemas de saúde são

eminentemente públicos (Mechanic, 2005).<sup>7</sup> Como refere Timothy Johnson (1998), nos EUA a informação veiculada pela comunicação no âmbito do sistema de saúde é muito importante para as instituições que nele operam pelo ambiente de constante competição na conquista de mercado em que se inserem, daí que a interpenetração entre informação e publicidade se agudize, na tentativa de demonstrar os seus feitos e as suas vantagens relativamente às demais. Em compensação, artigos sobre políticas de saúde e a acção do Estado, bem como sobre o desempenho do sistema na sua globalidade, os temas laborais e de recursos humanos (uma vez que o Estado não é o principal empregador e organizador desses recursos) têm bastante menos visibilidade daquela que ocorre em países com sistemas de saúde públicos, redundando numa tendência valorativa dessa informação bastante menos negativa do que acontece nestes últimos países, onde a informação tende a ser manifestamente mais crítica e conflitual.

Muitos dos resultados e principais conclusões extraídas desses primeiros e mais completos estudos datados das décadas de 1970 e 1980 têm-se mantido actuais, embora alguns desenvolvimentos tenham ocorrido com a saliência de novos assuntos e a identificação de outros tantos enquadramentos na informação sobre o funcionamento do sistema e dos serviços de saúde (Entwistle & Sheldon, 1999). Um dos estudos mais importantes sobre esta matéria data do final da década de 1970, precisamente sobre o National Health Service (NHS) na comunicação social. Nessa altura, Best, Dennis & Draper (1977) concluíram que a informação sobre os serviços de saúde se organizavam em torno de três ideias-chave: 1) os desenvolvimentos científicos e a aplicação das mais modernas tecnologias médicas na prática clínica representam a excelência dos cuidados de saúde e são centrais para os ganhos em saúde; 2) o desempenho dos serviços de saúde e o seu usufruto por parte dos cidadãos são a principal forma de garantir e promover um melhor estado de saúde; 3) a sustentabilidade do NHS e a sua ampliação depende da criação de maior riqueza, na medida em que fazendo o NHS parte dos serviços públicos financiados pelos impostos e sendo estes colectados sobretudo a partir de transacções de mercado, quanto mais a economia crescer e produzir riqueza mais financiamento haverá para ser canalizado para o NHS, particularmente numa altura em que os custos com a saúde cresciam a um ritmo muito superior ao PIB, contextualizada

---

<sup>7</sup> Como exemplos de estudos nos EUA ver Rushefsky & Pantel (1998) e The Kaiser Family Foundation (2001). Para uma análise da relação entre a saúde e os *mass media* numa perspectiva histórica também nos EUA ver Turow (1989).



pelos choques petrolíferos e por uma crise na confiança na sustentabilidade da globalidade dos serviços.

Estas três linhas orientadoras, de acordo com os autores, reflectem “valores-notícia” específicos que se traduzem na escolha do tipo de “estórias” veiculadas pela comunicação social. Assim, as mais recorrentes referem-se à inauguração de novas unidades de saúde (hospitais, clínicas, etc.) ou à disponibilização de mais equipamentos e recursos técnicos; à descoberta de novos tratamentos ou ao sucesso da aplicação de intervenções clínicas tecnicamente mais recentes (por ex. transplantes de órgãos) no âmbito sistema público de saúde; no plano económico-financeiro, a informação incide sobretudo na viabilidade do sistema, defendendo-se a necessidade de reduzir a despesa com o sector da saúde, visto como insustentável devido ao aumento constante da dívida pública que o crescimento económico mais lento não conseguiria suportar.

Com efeito, a resolução dos problemas de saúde através de actividades curativas baseadas em unidades de saúde (“*institutional-based curing activities*”) com elevada capacidade técnica e científica (de preferência recente), que reflecte um exacerbamento do paradigma biomédico, recebe muito mais atenção da parte dos *mass media* do que os cuidados de saúde primários com menores recursos tecnológicos e mais orientados para a comunidade. Tal como a informação cujo enfoque se centre em medidas mais simples direccionadas para a prevenção, ao mesmo tempo que o aumento continuado dos gastos públicos em saúde (e dos serviços públicos na generalidade) passa a ser referido e enquadrado como um problema que urge resolver (Best, et al., 1977).

Uma década mais tarde, outro relevante estudo levado a cabo por Anne Karpf (1988) veio confirmar muitas das conclusões anteriores de Best e colegas, concluindo concretamente que os *mass media* demonstravam mais interesse por assuntos tais como: 1) a inovação científica e tecnológica, onde são relatadas aplicações de novos tratamentos e procedimentos clínicos, em particular em pacientes com doenças do foro cardíaco ou em crianças; 2) políticas de saúde e comunicados oficiais relacionados com problemas específicos na área da saúde que necessitam de soluções; 3) reivindicações laborais e outros assuntos relacionados com recursos humanos no âmbito do NHS enquanto empregador, os quais muitas vezes se traduzem em greves ou outras acções que dão visibilidade a estes conflitos de interesses; 4) negligência médica associada a mortes de pacientes ou a lesões graves provocadas por má prática clínica, ou à utilização indevida de fármacos que provocavam efeitos adversos, ou ainda “estórias” ocorridas em hospitais psiquiátricos; 5) resposta a acidentes pelos serviços de saúde e

suas consequências para as vítimas (tratamentos e sequelas); 6) epidemias, no que se refere ao seu acompanhamento e evolução, bem como aos tratamentos disponibilizados; por fim, 7) controvérsias de carácter ético (em particular sobre as “barrigas de aluguer” e “bebés proveta”).

A análise de Karpf identificou quatro tipos de enquadramentos interpretativos ou abordagens que os *mass media* fazem dos vários assuntos relacionados com o sistema de saúde e com os cuidados médicos e a medicina em geral. Segundo a autora, essas abordagens devem ser vistas enquanto tendências fortes que se propagam enquanto cultura global, mas que não representam exhaustivamente toda a informação difundida pelos *mass media* nem são mutuamente exclusivas.

Assim, começou por identificar o que designou por “abordagem médica” (“*medical approach*”) de diversos assuntos que se traduz na celebração do “poder curativo da medicina” para resolver todas as doenças, em particular as doenças agudas, que afectam o normal funcionamento do corpo humano, sem que no entanto sejam relatadas as causas dessas doenças ou o que poderia ser feito para as evitar. Esta abordagem centra-se no progresso científico e tecnológico da biomedicina e na capacidade de os médicos intervirem clinicamente, quase exclusivamente em ambiente hospitalar altamente qualificado e apetrechado com recursos humanos fortemente especializados e aptos a resolver qualquer problema de saúde, e com equipamentos tecnológicos de ponta. Este tipo de enquadramento dissemina assim a convicção de que os médicos encontram a cura para qualquer doença e que a obtenção de um bom estado de saúde se resume ao desempenho e à aplicação dos cuidados médicos. Os médicos são os únicos a ter a autoridade legítima para definir o que é e não é doença, e dizer aos doentes ou potenciais doentes o que a medicina pode fazer por eles e como podem ser tratados. Em suma, trata-se do enaltecimento do paradigma biomédico.

Outro dos enquadramentos identificados refere-se à “abordagem do consumidor” (“*consumer approach*”), que consiste numa postura mais crítica em relação aos serviços de saúde e ao poder médico presente em relatos sobre as experiências que os indivíduos tiveram enquanto pacientes e o entendimento que estes têm da doença, dos cuidados médicos e da interacção com o médico. Esta perspectiva centra-se no acto médico durante a consulta e sugere que existem conflitos entre o médico que exerce o seu poder enquanto tal e o paciente que procura maior autonomia. A informação que assenta nesta perspectiva sugere outras fontes de informação sobre saúde que poderão ajudar os pacientes a ter um maior conhecimento sobre os seus problemas de saúde e ajudá-los

assim tomar melhores decisões relativamente a eles, bem como a aderir a grupos de doentes que lhes permitam obter maior apoio para as suas situações. São comparados tratamentos e examinadas as consequências que as várias terapêuticas podem ter. Esta perspectiva constitui de certa forma um contra-ponto à abordagem anterior.

A “abordagem individualista” (“*look-after-yourself approach*”), que apela a mudanças de comportamentos no sentido de os indivíduos alterarem os seus estilos de vida e adoptarem hábitos mais saudáveis a fim de prevenirem determinadas doenças, é outra das identificadas. Esta perspectiva apresenta os indivíduos em geral, e os doentes em particular, como podendo ter um papel activo e responsável relativamente ao seu estado de saúde, situando-se os bons resultados neste domínio muito para além do desempenho dos cuidados médicos curativos. Assim, os médicos neste tipo de informação surgem como tendo um papel importante enquanto educadores e não tanto devido à capacidade de curar. Os conteúdos informativos aconselham a que as pessoas adoptem determinadas práticas, tais como deixar de fumar, moderar o álcool, fazer uma dieta saudável, praticar exercício físico, não descurar os rastreios médicos, entre outros.

Por fim, surge ainda a “abordagem ambiental” (“*environmental approach*”) que se refere à origem, explicação e prevenção das doenças centradas nos factores sociais e ambientais, em vez da atribuição de responsabilidades individuais decorrentes dos estilos de vida. Esta perspectiva é vista como sendo explicitamente política, reflectindo as noções de que as desigualdades sociais estão na base das desigualdades em saúde<sup>8</sup> e que as soluções tecnológicas nem sempre representam progresso em matéria de saúde.

Para Karpf (1988), a abordagem médica é de longe a que está mais fortemente enraizada nos conteúdos informativos e aquela que mais espaço ocupa no panorama mediático, tendo todas as condições para continuar a dominar no futuro (Karpf, 1988). Como veremos mais à frente na parte dedicada à relação entre medicina e prática médica e os *mass media*, alguns trabalhos vieram demonstrar que esse domínio pode estar a sofrer alguma erosão, embora esteja longe de perder o seu ascendente.

Mais recentemente têm ocorrido algumas mudanças na forma como os cidadãos britânicos observam o sistema de saúde e os serviços que lhes prestam os cuidados médicos através da comunicação social. Estas alterações correspondem a amplas tendências sociais e políticas, que muitas vezes só se tornam evidentes para o público

---

<sup>8</sup> A respeito das determinantes económicas e sociais das desigualdades em saúde ver por exemplo Doyal (1979), Carr-Hill (1987), Locker (1997) e Marmot (2007).

quando a sua atenção é desencadeada ou acelerada por eventos particulares que recebem atenção mediática (Entwistle & Sheldon, 1999).

Estudos recentes no Reino Unido têm mostrado que a atenção da comunicação social para com as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde vêm a aumentar (Entwistle & Sheldon, 1999). A equidade em saúde e as variações geográficas da disponibilidade e da qualidade dos diferentes serviços de saúde têm sido objecto de vários estudos na área da saúde e do debate político que os *mass media* têm difundido e ampliado. Nesse sentido, tem-se observado a tendência, por parte de alguns órgãos de comunicação social, para procurarem dar voz aos críticos da implementação gradual de um mercado interno de saúde que os governos têm tentado introduzir no NHS, críticos esses que defendem que o mercado introduziu uma diferenciação importante ao nível do acesso a determinados cuidados médicos, originando serviços de saúde a dois tempos. Desta forma, alguma informação veiculada tem vindo a reflectir uma preocupação em relação à equidade do sistema, isto é, que o NHS deveria tratar todos os utentes de forma equitativa de acordo com as suas necessidades, independentemente das suas capacidades para o pagar, do estatuto dos médicos a que possam recorrer e da zona geográfica em que habitam. A informação construída com base neste tipo de enquadramento, concluem Entwistle & Sheldon, reflecte as noções de solidariedade profundamente enraizadas em que o NHS se baseia.

A informação e o debate sobre as reformas a operar nos sistemas de saúde e quais os serviços de saúde e os cuidados médicos onde foram ou deveriam ser introduzidas algumas formas de racionamento, a quem deve ser dada prioridade no acesso a determinados cuidados e de que modo as decisões relativamente a essas limitações devem ser tomadas, têm igualmente ocupado cada vez mais espaço mediático no Reino Unido, apesar de há muito ser reconhecido, e mesmo aplicado em algumas áreas, que determinadas formas de racionamento têm que ser adoptadas e até mesmo aprofundadas (Hodgetts & Chamberlain, 2004; Rosemary, Hunt, & Kitzinger, 2004; Seale, 2002; Sheldon & Maynard, 1993). Com efeito, a informação veiculada pela comunicação social tem recorrido ao conceito económico de custo de oportunidade e referido a necessidade que hoje em dia existe do sistema de saúde público fazer escolhas relativamente à forma como os recursos financeiros devem ser gastos alternativamente entre as múltiplas rubricas do orçamento publico para a saúde. Nesse sentido, devido à elevada politização a que os sistemas de saúde públicos estão sujeitos, muita da informação transmitida que originalmente daria conta de situações relacionadas com

escolhas clínicas relacionadas exclusivamente com a eficácia de tratamentos depressão são extrapoladas para enquadramentos que pretendem dar conta e discutir processos de racionamentos (Entwistle, Watt, Bradbury, & Pehl, 1996).

Como referem Entwistle & Sheldon (1999, p. 131) a este respeito, “news articles about new treatments sometimes report concern that these treatments might not be made available on the NHS. In the last few years, treatments for multiple sclerosis, dementia, erectile dysfunction and obesity have all been launched amid debates about their availability”; acrescentam que “some news reports express indignation on behalf of the people who are apparently to be 'denied' even when there is little evidence that the treatments will be beneficial, [enquanto outros conteúdos informativos] concede that the NHS cannot fund all possible treatments and consider strategies for restricting the treatments for those in most need or highlight examples of other treatments that could be funded for similar costs”.

Esta tendência mais recente encontrada na comunicação social britânica reflecte uma dinâmica global que tem vindo a ocorrer nos sistemas de saúde e que afecta em particular os países europeus com sistemas de saúde universais. As preocupações generalizadas com os sistemas de saúde podem ser resumidas em duas ideias chave: o aumento das despesas por parte dos Estados com a saúde afigura-se imparável, crescendo sempre mais rápido do que os recursos disponíveis; e o nível de saúde atingido pelas populações é, de uma forma geral, insuficiente, continuando a prevalecer inúmeras desigualdades, apesar das medidas continuadas para as reduzir (Miguel & Bugalho, 2002). No entanto, a atenção política tem recaído mais sobre a primeira preocupação do que na segunda, podendo-se mesmo afirmar que muitas medidas tomadas para conter os custos com a saúde por parte dos Estados acabam por agravar as desigualdades no acesso ao sistema de saúde. De entre os vários elementos reformadores apontados como necessários a serem implementados nos sistemas de saúde, um maior racionamento dos recursos relativos aos cuidados públicos de saúde, enquanto estratégia de contenção de custos, é hoje em dia considerado pelos governos como um dos principais factores de reforma e modernização, marcando de certa forma um ponto de viragem na actuação política.

A proposta de aumento das restrições à prestação dos serviços públicos universais é assim justificado como fazendo parte da eliminação dos défices financeiros estatais, onde o sector da saúde assume um peso significativo, colocando em causa os sistemas públicos tal como os conhecemos até aqui em grande parte dos países

desenvolvidos, seja qual for o seu modelo: os que são estatizados e financiados pelos impostos (sistema “Beveridge”, por exemplo, Irlanda, os países escandinavos, Reino Unido, Grécia, Itália, Portugal e Espanha); os que estão assentes em recursos ligados ao emprego e geridos de forma paritária (sistema “Bismarck”, por exemplo na Áustria, Bélgica, Alemanha, Luxemburgo, Holanda e Suíça); e os mistos (como em França). Os dilemas relacionados com o racionamento dos cuidados nos sistemas de saúde não são uma novidade, assumindo diversas formas em contextos variados. No entanto, no actual contexto de despolitização e de convergência dos sistemas de saúde, a questão técnica de ter aparentemente exigências infinitas por parte da população, mais educada e informada, e as limitações orçamentais para o sector, tornaram este um dos principais assuntos na ordem do dia, talvez o assunto mais definidor das políticas de saúde (Higgs & Jones, 2001). É pois visto como inevitável que alguma forma de racionamento dos recursos tenha de ser aplicada (New, 1996).<sup>9</sup>

Esta perspectiva passou a ser encarada como “natural”, recebendo um amplo consenso nos círculos profissionais relacionados com as políticas de saúde (Higgs e Jones, 2001), onde o racionamento dos recursos se apresenta hoje, para a esmagadora maioria dos agentes da saúde, como um assunto que urge enfrentar em qualquer sistema de saúde público. A necessidade de implementar um maior racionamento nas políticas de saúde e a restrição no acesso universal aos serviços de saúde como forma de resolver os défices financeiros que os sistemas de saúde geram são essencialmente devido ao aumento da população envelhecida, aos custos crescentes com a tecnologia médica e ao aumento das expectativas do público sobre os cuidados que podem ser prestados por um serviço de saúde. No entanto, para muitos autores, tais como Harrison e Moran (2000), estes factores não são suficientes por si só para fomentar um crescimento muito significativo da despesa pública com os sistemas de saúde, pelo menos a níveis que não possam ser suportados pelos Estados, não considerando por isso que tais medidas de racionamento dos serviços e de restrição no acesso sejam eficazes ou necessárias. Antes de mais, devem ser encarados primeiramente como factores culturais e organizacionais passíveis de ser corrigidos, e menos como factores exclusivamente financeiros que só aquelas medidas podem resolver. Para estes autores, a tónica deve ser colocada antes de mais no uso inadequado dos sistemas de saúde, tanto da parte dos que prestam os cuidados como da parte da população que deles usufruem. A falta de eficiência dos

---

<sup>9</sup> Para uma distinção entre racionamento implícito e explícito ver Schmidt (2004)

serviços de saúde e a ausência de racionalidade nas decisões e nas práticas dos profissionais do sector são os factores mais especificamente apontados a quem presta os cuidados (Miguel & Bugalho, 2002). Em suma, as instituições ligadas aos serviços nacionais de saúde podem e devem ser mais bem geridas em benefício dos utentes, sem afectar a universalidade e a qualidade dos serviços prestados.

Não sendo possível aqui entrar nessa discussão de forma mais aprofundada, o que se pretende colocar em evidência é que outras análises e medidas são passíveis de ser tomadas, existindo espaço para conceber novas técnicas para minorar o problema. No entanto, a proposta de redução das despesas públicas e de um espaço cada vez maior à iniciativa privada são praticamente os únicos instrumentos a terem visibilidade mediática e pública. Refira-se que existem vários discursos sobre o racionamento dos serviços de cuidados de saúde do ponto de vista financeiro no espaço público, com amplas contradições de perspectivas entre os diferentes grupos de agentes, e mesmo dentro de cada um deles, que operam neste sector (políticos, gestores, médicos, entre outros), assim como diferentes atitudes dos cidadãos relativamente a este assunto, dando origem a variadas soluções técnicas para resolver o problema do peso do sector da saúde nas contas públicas (Higgs & Jones, 2001).

A justificação da aceitação do racionamento como medida fundamental, de acordo com Higgs e Jones (2001), prende-se com o facto de este representar uma resposta racional, neutra e “natural” à crise do Estado-Providência e às mudanças nele ocorridas. Para estes autores, toda a lógica de racionamento, que os *mass media* mais não fazem do que reflectir e aprofundar, representa apenas uma forma particular de racionalidade, que minimiza diferentes racionalidades e outros pontos de partida para avaliar e resolver o problema em questão, ao mesmo tempo que oculta as profundas implicações morais, políticas e sociais das desigualdades que este tipo de políticas inevitavelmente originam.

As disposições político-partidárias, assim como a exposição aos *mass media*, terão aqui um papel decisivo. Uma das questões mais ventiladas nos *mass media* é a que se refere à limitação do acesso gratuito ao sistema público exclusivamente para as camadas da população com recursos económicos baixos. Em Portugal, em 2002, esta medida é apoiada por uma maioria de 55% da população portuguesa, embora este apoio à mercadorização parcial do sistema público seja mais aparente do real. Isto porque as noções de pobreza e riqueza variam de forma significativa segundo a condição social dos inquiridos e a maioria destes (cerca de dois terços) que concordam com a ideia de

que o sistema só devia ser gratuito para os que têm menos recursos económicos tendem precisamente a incluir-se entre os beneficiários da gratuidade dos serviços de saúde. Estes só deveriam então ser pagos por uma minoria com rendimentos altos que a maioria dos inquiridos diz não possuir. Em relação ao apoio concedido à possibilidade legal de não contribuir para o sistema público de saúde (*opt-out*), 37,6% concorda com a ideia, correspondendo às pessoas que têm um estatuto social e económico comparativamente elevado e que menos recorrem ao sistema de saúde. Estas posições favoráveis à mercadorização dos cuidados de saúde não impedem, contudo, que a esmagadora maioria dos inquiridos (83,4%) apoie o aumento das despesas do Estado com a saúde contra uma contenção do défice. Tal apoio pode ser explicado em grande medida pela visibilidade mediática do défice do orçamento do Ministério da Saúde, bem como pelas críticas constantes ao funcionamento do sistema ao mais alto nível de responsabilidade política e técnica também amplamente difundidas pelos *mass media*. No entanto, a forma de financiar o gasto público com a saúde deve ser, de acordo com a opinião de dois terços dos portugueses, a diminuição das despesas noutros sectores públicos e nunca aumentando os impostos (7%), o que está de acordo com a elevada prioridade atribuída ao sector da saúde (Cabral, et al., 2002).

A proposta de adopção de um maior racionamento público dos serviços de saúde e algumas restrições no universalismo não podem ser entendidos fora de um contexto mais amplo de processos e interesses, onde os *mass media* assumem um papel de destaque. De acordo com o que foi referido anteriormente a propósito das representações dos *mass media* reflectirem as ideologias dominantes de uma cultura e as operações de poder na sociedade, transportando-as para o domínio do senso comum como inquestionáveis, a informação difundida contribui para a implementação de um movimento que vá no sentido da aceitação pública tanto da ideia de um maior racionamento nas políticas de saúde como de um debate público que legitime a sua implantação. Dado que o público depende fortemente das representações que os *mass media* constroem dos dilemas relacionados com os cuidados de saúde, o papel central que os meios de comunicação assumem é visto como essencial para a possibilidade de um debate público racional, ao mesmo tempo que debilita esse debate. Por exemplo, Freemantle e Harrison (1993) identificaram uma tendência clara na imprensa popular do Reino Unido para apresentar perspectivas simplistas e unidimensionais sobre os dilemas relacionados com o racionamento dos recursos em saúde, personalizando aquilo que é essencialmente um assunto social com versões sensacionalistas dos acontecimentos. Os



mesmos autores acrescentam ainda que o problema não está apenas no sensacionalismo da imprensa popular e identificam também a existência de uma retórica tecnocrática na chamada imprensa de referência: com raríssimas exceções, ao proceder a uma despersonalização dos dilemas, isto é, a não explicação dos impactos concretos que algumas soluções podem provocar na forma como os cuidados de saúde são prestados aos utentes, esta torna estes assuntos aos olhos do público como problemas meramente técnicos e de contabilidade financeira e orçamental dos Estados - os problemas associados ao racionamento dos serviços não são apresentados como tendo um impacto significativo no que diz respeito ao direito à saúde. Ao mesmo tempo, as vozes que se levantam contra, como grupos de interesse (associações de doentes, por ex.), são muitas vezes apresentadas pela imprensa como desprovidas de legitimidade, ao invés de serem entendidas como formas de expressão relacionadas com uma concepção universalista de cidadania.

De acordo com Higgs e Jones (2001, p. 142), a forma como o debate se configure no espaço público “attempts to gain public agreement and involvement regarding the principles underpinning decisions about resources allocation in health care do not meet the criteria for undistorted communication and therefore reflect underlying power relationships and indeed may replicate them”. Mas é o ponto mais importante: “debates concerning criteria for rationing do not necessarily represent a positive way forward for empowering the general population but, rather, could represent a colonization of lifeworld values that have to date resisted such rationalization”, isto é, o direito incondicional dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde assegurado pelo Estado-Providência. Os mesmos autores concluem assim que “that most attempts to create socially acceptable criteria for the rationing of health care services are doomed to replicate system-world priorities because of the way that they are set up”.

Estudos têm demonstrado que no Reino Unido, por exemplo, os *mass media*, ao mesmo tempo que têm vindo a referir cada vez com maior veemência a necessidade de o governo introduzir economia e eficiência no funcionamento do sistema através de um maior racionamento de recursos, no sentido de controlar e diminuir progressivamente os gastos públicos com os serviços de saúde por se afigurarem insustentáveis (elementos que contribuem para a tendência de convergência e das políticas de racionamento anteriormente descritas), têm também estado cada vez mais preocupados com as consequências que daí decorrem, permanecendo vigilantes a exemplos de falta de equidade no acesso a tratamentos e à necessidade de existir um serviço de saúde público

que trate de igual forma todos os pacientes de acordo com a suas necessidades clínicas, independentemente da sua capacidade financeira para os pagar (Entwistle & Sheldon, 1999). Estas duas perspectivas difundidas pela comunicação social, aparentemente contraditórias, poderiam equilibrar o debate público, mas têm visibilidades bastante desiguais e são estruturadas de forma diferente em termos de discurso, tendo por isso alcances distintos na forma como podem ser percebidos pelas audiências. Enquanto a primeira é continuamente difundida com base numa processo comunicacional profundo e sustentado, a segunda só surge com base em exemplos de situações extremas e esporádicas ocorridas com pacientes, para de seguida caírem no esquecimento até ao próximo caso dramático que despertará novamente a atenção mediática (sem enquadramentos e esclarecimentos de fundo relativos à tendência global em que ocorrem) (Freemantle & Harrison, 1993).

Por fim, a informação veiculada pelos *mass media* sobre o funcionamento de um sistema de saúde pode ter também implicações na forma como os indivíduos se relacionam com o sistema de saúde e os cuidados médicos, relativamente à legitimidade que lhes conferem e na confiança que neles depositam.

### ***Legitimidade e confiança: o papel dos mass media na representação do sistema de saúde***

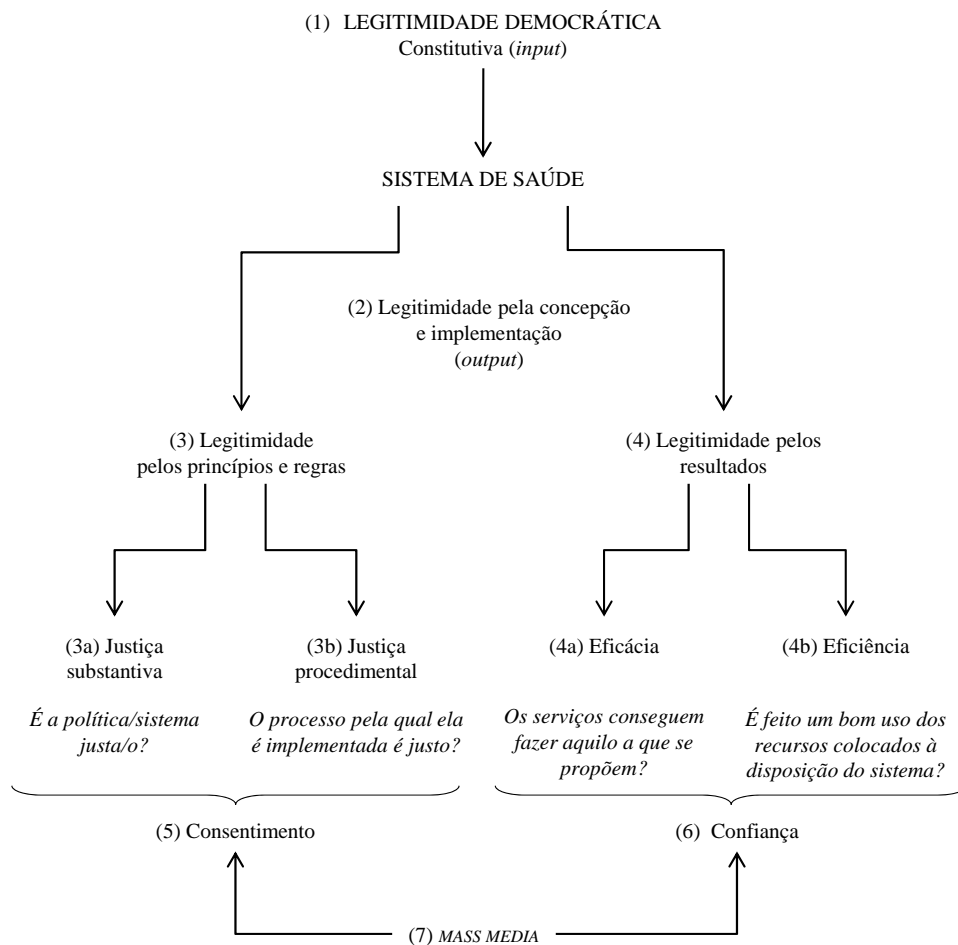
#### *Estado, serviços públicos e legitimidade da acção pública*

Para compreender bem em que medida os *mass media* são importantes na configuração do debate público sobre saúde e na opinião dos cidadãos sobre o sistema de saúde, é importante levar em linha de conta que, nos Estado contemporâneos, a eficácia das políticas públicas – de saúde e não só – depende, em larga medida, da legitimidade que os cidadãos lhes atribuem. Ao mesmo tempo, esta legitimidade é construída de forma quotidiana na forma como os serviços se relacionam com os cidadãos ou, alternativamente, na imagem que é dada dessa realidade. A relação é, por isso, biunívoca: o Estado requer que as suas políticas e os seus serviços sejam vistos como legítimos para poderem funcionar na sua plenitude, estando por isso dependente da opinião que os cidadãos têm deles, mas esta também se baseia em larga medida da capacidade que o Estado conseguir responder às suas necessidades – e dizemos em larga medida porque não o é na totalidade, uma vez que para uma parte não negligenciável da

população essa visão do sistema de saúde depende essencialmente da imagem fornecida pelos meios de comunicação ao público.

Vale a pena fazer uma breve introdução em torno da ideia de legitimidade do Estado e das suas políticas – tendo por referência o serviço público de saúde – para podermos compreender o estatuto da confiança dos cidadãos, por um lado, e o papel dos *mass media*, por outro. Para isso, atente-se no esquema seguinte.

**Figura 1:** Formas de legitimidade da acção pública<sup>10</sup>



(1) A legitimidade do Estado e dos seus agentes, instituições e políticas advém, nos sistemas democráticos, primordialmente, do facto de os representantes dos cidadãos serem por estes eleitos através do sufrágio universal. É, assim, o princípio da representação que confere legitimidade à legalidade democrática - uma legitimidade

<sup>10</sup> A partir de uma reflexão do trabalho de Rothstein (1998).

constitutiva de todo o sistema político e, em última análise, dos agentes que administram o Estado.

(2) No entanto, nem apenas da legitimidade democrática se alimenta a legitimidade das instituições do Estado e dos serviços públicos por ele prestados. Pode, aliás, ser argumentado que esta legitimidade constitutiva (*input*) dos serviços públicos – como o de saúde – é menos importante, na prática, do que a legitimidade que advém da forma como um dado serviço público é concebido e implementado pelos agentes estatais e/ou, privados, contratados para o efeito. O mesmo Weber (1959) que sublinhava a importância das políticas públicas serem legitimadas pelo voto e pela representação democrática – ou seja, o facto de a legitimidade ser a da legalidade democrática, e não a do carisma de um líder (por vezes em atropelo da referida legalidade) – também considerava que a legitimidade do Estado assentava igualmente na relação como os funcionários da administração fiscal se relacionavam com os cidadãos no decurso do processo de tributação. Assim, o crescimento em dimensão, complexidade e responsabilidade de um Estado em “acção” (Muller & Jobert, 1987) e dos seus sub-sistemas de prestação de serviços públicos só veio tornar a questão para que Weber chamou a atenção – a que podemos chamar legitimidade pela concepção e implementação (*output*) – ainda mais central no mundo contemporâneo, uma vez que o processo que investe de legitimidade democrática é apenas uma pequena parte da fonte que confere (ou não) legitimidade, aos olhos dos cidadãos, dos serviços que estes recebem do Estado (saúde, educação, segurança, etc.).

Podemos subdividir a legitimidade pela concepção e implementação em legitimidade pelos *princípios* e *regras* e em legitimidade pelos *resultados*.

(3) A primeira é relativamente auto-explicativa: uma acção é legítima aos olhos dos cidadãos ou utentes de um dado serviço se ela cumprir o que está legalmente estabelecido, reduzindo o grau de arbitrariedade do funcionário/profissional encarregue de implementar uma medida. Ao mesmo tempo, o próprio significado das regras não é arbitrário: aquelas estão encastradas (*embedded*) num fundo moral que define e hierarquiza valores que servem de justificação para o funcionamento do sistema em causa.

(3a) Esse fundo moral fornece a justificação filosófico-política principal para um política pública ou um programa e inscreve-a em letra de lei, desenhando dessa forma as regras fundamentais constitutivas da sua *justiça substantiva*. Por exemplo, um serviço de saúde desenhado segundo uma lógica Beveridgiana é

constituído pelos princípios da *universalidade* e da provisão dos serviços em função da *necessidade*, servindo potencialmente todos os cidadãos que a ele recorram.

(3b) A definição destas regras não garante, contudo, que a implementação do programa ou o funcionamento de um serviço público as respeite por inteiro, pelo que é essencial assegurar que, à justiça substantiva, se alie a justiça nos procedimentos; a violação destes últimos, com efeito, comprometer o princípio anterior. Por exemplo, se um sistema de saúde que assenta em regras de universalidade e de necessidade do utente, excluir sistematicamente um grupo de cidadãos no acesso aos seus serviços (por exemplo, os membros de uma minoria étnica) estará a violar não apenas princípios elementares, mas também regras procedimentais nucleares. É que, tal como Rothstein (1998) sugere, a legitimidade de determinada política pública assenta, em grande medida, na forma como ela é percebida quanto à sua contribuição e implementação em termos de justiça, pelo que a imparcialidade é um elemento central para o entendimento de uma governação justa (*fairness*).

Justiça *substantiva* e justiça *procedimental* são claramente distintas do ponto de vista analítico, mas porque na prática quotidiana a violação de uma pode afectar o cumprimento da outra, é natural que muitos cidadãos e utentes as submetam ao mesmo escrutínio e as diferenças entre os dois planos acabem por sofrer uma erosão. Fundamentalmente, o mesmo princípio pode ser válido nos dois planos, adquirindo sentidos diferentes mas interdependentes. Por exemplo, a regra do universalismo, enquanto um “commitment to the equal moral value of all and inclusion of all” (Williams, 1999 citado em Gilson, 2003, p. 1463), pode ser avaliada de um ponto de vista substantivo – é justa a política que produz uma norma que garanta a inclusão, acesso ou usufruto de todos? – ou de um ponto de vista processual – é justa a forma como a política é efectivamente concretizada no funcionamento habitual das instituições?

(4) A legitimidade pelos *resultados* assenta na ideia simples de que um sistema que não cumpre os objectivos a que se propôs está sujeito a viver crises de legitimidade, independentemente do modo como respeita (ou não) a justiça substantiva e a justiça procedimental. Há duas formas convencionadas para avaliar resultados de um sistema:

(4a) medir a *eficácia*, ou seja, até que ponto um dado sistema consegue efectivamente produzir os efeitos para que foi desenhado e implementado.

(4b) medir a *eficiência*, que coloca o indicador em perspectiva, avalia os recursos que são necessários para produzir um dado efeito, e procura introduzir correcções que permitam ao sistema obter os mesmos resultados empregando menos recursos, ou melhores resultados usando os mesmos recursos.

A popularidade, no domínio da gestão pública, dos esquemas conhecidos de “gestão por objectivos”, já amplamente usados na gestão dos sistemas de saúde a nível internacional, atesta a importância que os governos atribuem ao funcionamento eficaz e eficiente do sistemas de serviço público e às formas encontradas para, através destes instrumentos, aumentar a responsabilidade (“*accountability*”) dos agentes do sistema de saúde (médicos, enfermeiros, etc.).

(5) Quando os cidadãos reconhecem legitimidade pelas regras – que, repita-se, não definem apenas procedimentos, mas encerram o significado moral de um conjunto de medidas que compõem um serviço público –, eles estão a dar o seu *consentimento* ao sistema. O nível deste consentimento é, naturalmente, contingente e de intensidade variável, variando, num extremo, entre a tolerância, por parte do cidadão, face à intervenção do Estado, e, no outro extremo, na aceitação desta intervenção ao ponto de o indivíduo fazer o que está ao seu alcance para cooperar com o Estado e os seus agentes no cumprimento das suas metas (Myntz, 1975, p. 263).

(6) Quando os cidadãos reconhecem a legitimidade pelos resultados, expressam-no nos níveis de *confiança* no sistema, ela própria contingente e variável. Esta confiança abarca dois níveis: confiança existente na relação entre utentes e sistema, de forma mais abstracta, e na relação com os profissionais que fornecem os cuidados de saúde, de forma mais concreta. À primeira chamaremos *confiança sistémica* e à segunda *confiança interpessoal*. Em termos empíricos, as atitudes individuais de (falta de) consentimento e confiança podem aparecer misturadas, mas é importante distingui-las a nível analítico: o consentimento releva de um reconhecimento da justiça substantiva e procedimental das regras que regem o funcionamento de um serviço público, enquanto a confiança pública resulta da redução de incerteza relativamente à capacidade de resposta do sistema.

(7) Os *mass media* podem interferir – positiva ou negativamente, embora, como vimos, o efeito tenda a ser quase sempre negativo – sobre os dois tipos de legitimidade, condicionando ou influenciando a forma como o público avalia a maneira como os serviços públicos respeitam os níveis de justiça substantiva e/ou procedimental, ou

como ele responde, de modo mais ou menos eficaz e/ou eficiente, às necessidades dos seus utentes. Esta questão é desenvolvida no ponto seguinte.

*Saúde, confiança e meios de comunicação social*

A confiança no sector da saúde é hoje em dia um foco particular de atenção pública e académica, em particular quando alguns estudos demonstram que essa confiança tende a ser menor do que no passado (Davies, 1999; Mechanic, 2001; Segall, 2000; Welsh e Pringle, 2001), embora em Portugal tal não pareça estar a suceder (Cabral & Silva, 2009; Cabral, et al., 2002). O declínio da confiança pode ter como consequência os pacientes recorrerem mais vezes a uma segunda opinião, trocarem mais vezes de médico e até mesmo de tipo de medicina (medicina convencional vs medicina alternativa), procurarem recorrer e saber sempre quais são os “melhores médicos” e “melhores instalações de saúde” (hospitais, etc.), um menor comprometimento com as terapêuticas administradas e uma menor satisfação com os serviços (Gilson, 2003).

A confiança é um conceito multi-dimensional em qualquer campo de análise (saúde, economia, política). Num estudo recente realizado na Holanda sobre a confiança no sistema de saúde, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas, os resultados permitiram encontrar seis dimensões distintas de confiança: 1) “the patient-focus of health care providers”, 2) “that policies at the macro-level will have no consequences for the patient”, 3) “expertise of health care providers”, 4) “quality of care”, 5) “information supply and communication by care providers” e 6) “the quality of cooperation”. Os autores do estudo notam que apenas duas das dimensões, “expertise” e “quality of care”, se referem à prática médica propriamente dita. As restantes referem-se aos cuidados de saúde enquanto sistema e às preocupações dos utentes enquanto consumidores de cuidados médicos. As preocupações encontradas podem ser divididas em diferentes níveis do sistema de saúde: 1) a nível micro, os indivíduos estão preocupados principalmente com a informação que recebem e, de uma forma geral, com o comportamento dos profissionais de saúde; 2) a nível meso, as suas preocupações centram-se sobretudo na cooperação entre os profissionais e se estes são capazes de trabalhar em conjunto em prol das suas necessidades; 3) a nível macro, os indivíduos temem essencialmente que os desenvolvimentos nas políticas de saúde tragam como possíveis consequências uma maior dificuldade no acesso e pior qualidade nos cuidados de saúde. Estes últimos dois níveis, de acordo com os autores, demonstram claramente

que a confiança pública não assenta apenas na relação entre pacientes e profissionais de saúde, sendo esta mais abrangente do que a confiança interpessoal que se estabelece numa relação com uma pessoa ou um contexto específico, sabendo-se que quanto mais longe da experiência directa, mais centralidade os *media* assumem (Straten, Friele, & Groenewegen, 2002).

Para além do nível sistémico da confiança, o nível interpessoal assume uma importância particular no caso da saúde, uma vez que os pacientes depositam o controlo da sua situação clínica nas mãos dos profissionais que administram os cuidados de saúde, em virtude da natureza destes últimos que exige elevado conhecimento técnico e científico. Dado que a generalidade dos indivíduos não sabe aferir que tipo de cuidados necessitam *a priori* e uma vez que também não conseguem julgar depois se os cuidados que receberam eram os necessários, têm necessariamente de confiar nos profissionais de saúde. A garantia de uniformidade, bem como a qualidade da aplicação dos cuidados de saúde e do funcionamento dos serviços, são asseguradas por instituições de saúde, nomeadamente através de sistemas de regulação governamental e profissional, na tentativa de prevenir a existência de más práticas (Straten, et al., 2002).

A confiança relativa aos cuidados de saúde pode ser vista, por um lado, como uma forma de os indivíduos lidarem com a incerteza e o risco associados à aplicação das práticas médicas pelos profissionais do sector (Misztal, 1996) e, por outro lado, a confiança num sistema de saúde por parte dos cidadãos serve como factor de redução de incerteza contra a “sociedade de risco” em que vivemos. Esta percepção do risco (relativo à saúde, ambiente e do mundo do trabalho) pode atenuar-se ou exponenciar-se conforme a confiança existente nos cuidados médicos de uma sociedade (Wilkinson, 2001). Quanto mais positivamente um sistema de saúde responde às solicitações dos cidadãos, menos estes se sentirão expostos a determinados riscos. Por isso, a confiança nos sistemas de saúde é importante não só para a relação com o sistema, mas também para a sociedade como um todo. Como refere Gilson (2003, p. 1463), “people value health systems not only for the care they themselves receive in times of sickness but also for the contribution the systems make to the broader well-being of society”.

Assim, a importância de analisar o papel dos *mass media* na produção (ou não) de confiança relativamente ao sistema e aos cuidados de saúde justifica-se por dois motivos principais: a nível micro, refere-se à relação que existe entre a confiança que as pessoas depositam no sistema de saúde e nos cuidados médicos, enquanto atitude geral, e o seu comportamento nas opções que fazem neste campo em situações concretas



(Gray, 1997); a nível macro, a confiança sistémica é um importante indicador de apoio ao sistema de saúde vigente ou, inversamente, a medidas políticas e institucionais que produzam mudanças nesse mesmo sistema (Gilson, 2003).

Vimos que, para estabelecer a legitimidade da acção do Estado, é necessário que este e as suas instituições ganhem confiança da parte dos cidadãos, confiança essa que nunca está garantida, dado que ela é activamente produzida e negociada continuamente (Giddens, 1995; Taylor-Gooby, 1999). De acordo com Gilson (2003), a construção da confiança nos sistemas de saúde requer, em primeiro lugar, que ao nível dos comportamentos individuais seja construída e alimentada uma confiança interpessoal entre pacientes e prestadores de cuidados médicos e entre todos os agentes que se relacionem dentro do sector, sejam do sector privado e público; em segundo lugar, que as práticas organizacionais e de gestão no interior sistema garantam a oportunidade para a existência de interacções que contribuam para o estabelecimento dessa confiança, abrindo espaço à solidariedade, ao compromisso e ao diálogo; em terceiro lugar, que exista uma particular atenção à interacção sistémica e pessoal que ocorre com os indivíduos dos grupos sociais mais desfavorecidos.

Como vimos, na governação do sector da saúde, o conhecimento das agendas políticas e públicas e dos actores sociais a ela associada é decisivo, nas e para as transformações identificadas como vitais para os sistemas de saúde. Mesmo que tenham lugar de uma forma progressiva, essas transformações são particularmente difíceis fora de um clima de confiança. Esta questão é reconhecida como essencial por parte de quem define as políticas de saúde e gere o sistema (Campos, 2008). O papel e a definição da liderança nas políticas públicas de saúde deve assentar numa “governança que, dedicada ao bem-estar das populações, se preocupa com o sentimento de confiança e legitimidade com que as suas acções são vistas” (Figueras, Saltman, & Sakellarides, 2000). É reconhecido também que uma das chaves fundamentais da governabilidade da saúde está nas capacidades técnicas e políticas, bem como de instrumentos de informação, comunicação, negociação e decisão, indispensáveis para a implementação das políticas de saúde; estas devem ser estabelecidas através do desenvolvimento de medidas contextualizadas numa estratégia assumida e rigorosamente concertada, de modo a fazerem sentido no seu conjunto, com fundamentação técnica adequada e base social de apoio real que as sustente (OPSS, 2001). Numa época em que são patentes o relativo desinteresse dos cidadãos pelo processo político e a fraca confiança na administração pública, e onde simultaneamente a credibilidade social e a efectividade da

implementação das políticas adoptadas passam e muito pelo espaço mediático onde são anunciadas e debatidas, os *mass media* assumem ainda maior centralidade no seu papel de intermediários entre os cidadãos e o sistema.

Se o poder dos *mass media* não é ignorado por decisores políticos e administradores institucionais, é porque todos reconhecem o seu papel de produção na gestão e/ou na erosão da confiança (Campos, 2008), sobretudo quando sabemos que esta é um recurso escasso e que, apesar dos seus “pilares se deverem [...] construir em terreno sólido” (Luhmann, 1996, pp. 96-97), é mais fácil a confiança ser destruída do que ser construída, sendo esta assimetria fundamental para perceber as dinâmicas da confiança enquanto recurso dos sistemas político e administrativo, e que o efeito de produção ou erosão de confiança é tanto maior quanto menor for a experiência directa do sistema por parte dos indivíduos, ficando estes reféns da visão do sistema e dos seus agentes veiculada pelos *mass media* (Cabral, et al., 2002).

Por serem actores essenciais nas controvérsias públicas e políticas sobre o sector, os *mass media* e os seus agentes são estrategicamente “geridos” pelos diferentes agentes institucionais de modo a darem uma versão da realidade que defenda os interesses dos grupos em causa. Assim, assumindo que a informação sobre saúde obedece essencialmente aos “valores-notícia” dominantes – como a “espectacularidade”, a “negatividade”, a “controvérsia”, a “proximidade” e a “novidade” –, a redução dos assuntos de saúde ao nível das ocorrências singulares e isoladas, explorando o lado emocional do público e as suas preocupações mais imediatas pode dar uma imagem fortemente negativa do sistema. Nestes casos, os *mass media* – e quem os usa para esse efeito – podem estar a dar um importante contributo para a diminuição da confiança no sector por parte dos cidadãos, tornando-os, por exemplo, potencialmente mais receptivos a determinadas mudanças ou reformas estruturais no sector, em particular, no sentido da privatização da gestão ou da provisão dos serviços de saúde.

Porém, se é verdade que, pela sua inclinação (“*bias*”) para seguir uma abordagem marcada por certos “valores-notícia”, a informação veiculada pelos *mass media* tem o potencial de provocar uma erosão na confiança no sistema público de saúde, o que pode ter efeitos políticos concretos, o inverso também pode acontecer, dependendo de quais os grupos que conseguem, efectivamente, mobilizar a atenção mediática como aliada para a sua causa. Assim, num determinado contexto político, pode acontecer que sejam as políticas reformistas a ser vistas como pouco legítimas aos

olhos dos *mass media*, ou menos legítimas que o sistema que as medidas pretendem transformar, transmitindo, por sua vez, essa imagem para o público, e dando voz aos seus elementos mais contestatários. Se este for o caso, ou seja, se o Governo que pretende fazer reformas no sistema estiver numa posição mais vulnerável do que o sistema, a cobertura mediática pode jogar a favor do *status quo*.

Desta forma, para compreender a relação de confiança pública dos cidadãos no sistema de saúde, necessitamos de analisar a relação triádica entre cidadãos, sistema de saúde e *mass media*. O impacto específico que a relação de maior ou menor confiança tem na evolução das políticas de saúde – não apenas no seu desenho, mas sobretudo na sua implementação, que é bastante mais escrutinável e potencialmente polémica do que a primeira – é bastante contingente. Os *mass media* podem gerar dinâmicas de fundo de deslegitimação do sistema, minando um ou mais dos três pilares da legitimidade (justiça, eficácia, confiança), mas também podem deslegitimar as decisões políticas que pretendam alterar o sistema de saúde, se aqueles que se manifestam contra elas conseguirem fazer melhor uso dos “valores-notícia” que regem a cobertura mediática.

### ***A medicina e a prática médica***

Para além da informação veiculada sobre os assuntos relacionados directamente com o funcionamento dos sistemas de saúde e dos serviços que prestam os cuidados médicos, a forma como, mais especificamente, a medicina e a prática médica se têm relacionado com o campo mediático e como estão representadas e enraizadas nos *mass media* em termos globais também influi na escolha e a abordagem que estes fazem de muitos desses assuntos e dos enquadramentos mais difundidos relacionados com o sistema de saúde, bem como no protagonismo que atribuem a determinados actores.

Um dos conceitos que enforma muito do que é difundido pela comunicação social em relação à saúde refere-se à profissionalização da medicina. O conceito de profissionalização sustenta que o domínio dos cuidados de saúde tem sido reivindicado por um colectivo de profissionais cada vez mais especializado, em particular a profissão médica (Freidson, 1970a, 1970b, 1986, 1993), domínio esse que se legitima também pela visibilidade que obtém nos *mass media*. Como referem Turow & Coe (1993, p. 130) a respeito da relação entre a medicina e os *mass media*, a “television's major contribution to public perceptions of health lies in outlining the accepted and the contested options for professional health care and in repeating dramatically, through

news and entertainment, lessons about for whom society should care, why, when, and how”.

Se por um lado tem existido uma perspectiva unanimemente aceite, mesmo nos círculos académicos, que a medicina tem sustentado uma posição dominante na definição das representações que os *mass media* produzem especificamente sobre a saúde e a doença, bem como sobre a sua própria imagem enquanto profissão (Signorelli, 1990; J. Turow, 1989; J. Turow & Coe, 1993), por outro lado, os profissionais da saúde, em particular os médicos, sentem que o seu trabalho é cada vez mais escrutinado e muitas vezes colocado em causa publicamente, sobretudo quando o meio em causa é a televisão (Bury & Gabe, 1994). Graças à influência que a medicina tem mantido ao longo do tempo sobre a cobertura mediática, com resultados evidentes a seu favor, “the challenges that have occurred, both to medicine's knowledge base and to its power as a profession, are seen as having been largely absorbed and therefore neutralised” (Bury & Gabe, 1994: 66).

Com o aprofundamento do paradigma biomédico, característico da prática médica contemporânea, uma ideologia da redução ou mesmo ausência da incerteza, tem desde sempre invadido o discurso sobre a saúde e a doença (Babrow & Kline, 2000). A actividade médica é maioritariamente apresentada pelos *mass media* como sendo capaz de compreender e diagnosticar qualquer doença e resolvê-la de forma adequada (Kline, 2003), e o conhecimento baseado na medicina como o único detentor de autoridade, legítimo e definitivo que não pode ser contestado (Cheek, 1997). Os trabalhos que enfatizaram a hegemonia da autoridade médica têm aliás demonstrado, desde o início, a forma como as representações são essenciais para legitimar, manter e reforçar essa autoridade dos praticantes que vão sendo formados para desenvolver as suas actividades médicas institucionalmente aceites (Foucault, 2007).

Para a construção daquela visão por parte dos *mass media* muito contribui o facto de estes recorrerem a um número limitado de fontes médicas que se encaixam maioritariamente nessa perspectiva dominante, desvalorizando os testemunhos dos profissionais de saúde ou de outros actores que poderão oferecer explicações fora do *mainstream* (Andsager & Smiley, 1998; Powers, 1999).

Alguma investigação tem demonstrado que estes enquadramentos veiculados pelos *mass media*, concentrados excessivamente na confiança depositada nas capacidades do paradigma biomédico para resolver os problemas de saúde, em detrimento, por exemplo, de outras perspectivas mais psicossociológicas, como muitos

médicos defendem no âmbito da promoção da saúde através do desenvolvimento de hábitos e estilos de vida saudáveis, são considerados, desde logo, inapropriados e pouco éticos, podendo, no limite, ter consequências prejudiciais ao nível da saúde individual (física e mental) e para a sociedade em termos globais (Kline, 2003).

Apesar desta sólida tendência, a prática médica em geral, e os médicos muito em particular, têm gradualmente vindo a ser alvo de maior pressão e escrutínio, e a auto-regulação profissional sem influência exterior ao campo tem sido cada vez menos aceite (Entwistle & Sheldon, 1999), em particular nos países de tradição anglo-saxónica onde o “*new public management*” está mais instituído e onde essa verificação ou auditoria externa da actividade médica é mais comum (Power, 1997).<sup>11</sup>

Essa relativa perda de autoridade da medicina e essa erosão do poder médico de que os *mass media* por vezes dão conta, estão associadas à atenção que estes têm dado ao que a investigação tem demonstrado ser o mais eficaz para melhorar a saúde a que a comunicação social tem acesso, quer no diagnóstico quer nas terapêuticas aplicadas às diversas doenças, questionando as opções da prática clínica aplicada a situações concretas que por vezes são notícia (Smith, 1992). Esta atenção e confrontação têm sobretudo ocorrido num contexto de particular expansão da chamada “medicina baseada na evidência”, cujos conhecimentos são utilizados na prática clínica e informam políticas de saúde, contribuindo para gerir os serviços de saúde no sentido de imprimir maior “efectividade clínica” (Entwistle & Sheldon, 1999). Este novo paradigma pretende valorizar um tipo de prática clínica caracterizado pela “utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da evidência clínica actualizada” (Carneiro, 1998, p. 133), invocando dois argumentos principais: o crescimento do número de publicações médicas nas décadas anteriores tinha dificultado consideravelmente a pesquisa e selecção de informação por parte dos clínicos; e o recurso à experiência individual, bem como aos conhecimentos de disciplinas básicas (etiopatogenia, fisiopatologia, farmacologia) revelaram-se muitas vezes fonte de erros clínicos grosseiros. As conclusões a tirar pareciam assim evidentes: por um lado era necessário recorrer a “centrais de conhecimento”, especializadas no fornecimento rápido de informação científica de confiança; e por outro lado, impunha-se atribuir um espaço cada vez maior

---

<sup>11</sup> Para a análise e evolução do conceito ver Ferlie, Lynn & Pollitt (2007).

à “medicina baseada na evidência” com desvalorização da medicina baseada na experiência e nos conhecimentos teóricos (Veloso, 2005).<sup>12</sup>

Em suma, tratava-se de reunir e compilar informação científica a que a comunicação social também passou a ter acesso e que tratou de trazer para o domínio público sempre que considerava útil enquanto fonte para ilustrar ou consubstanciar os conteúdos informativos, para além do conhecimento e opinião de médicos seniores, confrontando muitas vezes essas duas perspectivas sobre um mesmo caso, originando assim uma maior contestação pública à prática médica (Entwistle & Sheldon, 1999). Em Inglaterra, por exemplo, as fontes tradicionais das autoridades médicas, como as oriundas dos *Royal Colleges*, têm sido desafiadas pelo aumento da disponibilidade dessa informação científica que, muitas vezes, contradiz as suas opiniões (Entwistle & Sheldon, 1999).

Assim, os enquadramentos interpretativos veiculados pelos *mass media* na cobertura que fazem dos assuntos sobre a saúde, a doença e a prática médica se, por um lado, continuam globalmente a reflectir e a reforçar os valores instituídos, por outro lado também ajudam à ocorrência de mudanças sociais. A investigação realizada no Reino Unido durante os anos 1990 sugere que, embora a profissão médica ainda continue a gozar de enorme autoridade como seria de esperar, a tendência encontrada aponta para um papel mais activo por parte da comunicação social para a desafiar e torná-la mais *accountable* (Entwistle & Sheldon, 1999). Até porque, como Gabe e Bury (1996) salientam, o domínio dessa perspectiva sobre a medicina tem beneficiado da onnipresença dos *mass media* para a sua solidificação, embora seja essa mesma onnipresença que a começa agora a desgastar, na medida em que providencia uma poderosa plataforma que dá visibilidade aos diferentes pontos de vista em conflito: “it may be that the media cite primarily medical experts with regard to an issue, but divisions and conflicts once hidden within medicine are now likely to surface effectively shattering any dominant image of a unified medical establishment” (Kline, 2003, p. 568). Ao mesmo tempo que os *mass media* contribuem de forma significativa para a manutenção da hegemonia médica, têm permitido simultânea e gradualmente que outras perspectivas obtenham visibilidade.

Para além disso, o desgaste da autoridade da medicina e do poder médico provocado pelos *mass media* tem sido acompanhado, por outro lado, pelo maior

---

<sup>12</sup> Para uma discussão sobre a definição e as vantagens e desvantagens desta abordagem ver Veloso (2005).

protagonismo dado aos pacientes e às organizações que representam os seus interesses, bem como ao público em geral sobre assuntos relacionados com os cuidados médicos. Para além das políticas que pretendem promover a participação dos cidadãos nos vários domínios de actuação dos sistemas de saúde, iniciativas legislativas e outras actividades têm procurado dotar os pacientes de determinados direitos e a terem uma voz mais activa quando submetidos a cuidados médicos no que se refere à escolha de tratamentos, consentimentos para aplicação das terapêuticas, um maior conhecimento no decorrer do processo clínico, entre outros. Nesse sentido, alguma informação reflecte estas mais recentes práticas, onde nem sempre é assumido que os médicos devem decidir sozinhos o que é melhor para os seus doentes. Os enquadramentos relacionados com o respeito pelas preferências individuais dos pacientes tendem assim a estar cada vez mais presentes nos conteúdos informativos sobre os cuidados médicos, ao mesmo tempo que a promoção de um maior envolvimento dos pacientes nas decisões clínicas tem levado à necessidade de transmitir informação sobre os processos e os efeitos das intervenções médicas (Entwistle & Sheldon, 1999; Entwistle, Sheldon, Sowden, & Watt, 1998).

No Reino Unido, por exemplo, muitas notícias dão conta de pacientes que foram tratados contra a sua vontade ou a quem não foram colocadas as diversas opções terapêuticas para, em conjunto com o médico, poderem ser escolhidas as que estivessem mais de acordo com a sua vontade; para além dos debates que continuam a existir no plano ético relativamente a diversos procedimentos como a eutanásia activa. Por vezes, o não respeito por alguns desses direitos, tais como os esclarecimentos adequados sobre os riscos e benefícios das terapêuticas aplicadas, a falta de informação sobre as diversas opções clínicas ou os diferentes entendimentos sobre as decisões tomadas têm levado a que muitos casos tenham que ser resolvidos judicialmente, matérias que alimentam muitas das notícias difundidas sobre saúde (Entwistle & Sheldon, 1999).

Para além disso, outro tipo de negligências também são notícia. Casos de médicos ou outros profissionais de saúde que cometeram erros clínicos ou criaram condições para que eles ocorressem (diagnósticos incorrectos, administração de terapêuticas erradas ou o não controlo de efeitos secundários, por exemplo), e até mesmo as debilidades e falhas de organizações onde são prestados cuidados médicos que originam desempenhos insuficientes e piores resultados em saúde (falta de condições das instalações, tempos de espera elevados, falta de equipamentos tecnológicos, entre outros) captam também a atenção da comunicação social, originando conteúdos informativos com elevado nível dramático, quer em formato noticioso quer

em formato de reportagem ou programas de debate (Entwistle & Sheldon, 1999). O conhecimento trazido a público pela comunicação social de muitas destas situações relacionadas com práticas clínicas menos positivas, contribuiu mesmo para fortalecer a mão do governo na aplicação de uma regulação mais apertada da actividade médica em Inglaterra, aproveitando assim alguma da erosão deixada pela forma como a profissão é apresentada nestes assuntos (Seale, 2002).

Os enquadramentos dados aos diversos assuntos sobre a actividade médica ou em situações em que os médicos surgem como protagonistas, continuam, no entanto, globalmente a reflectir e a reforçar os valores positivos instituídos, apesar de uma postura tendencialmente mais crítica que parece estar a ser reflectida nos conteúdos mediáticos. Como confirmação e a título de exemplo, na década de 1990, Bradby, Gabe and Bury (1995) levaram a cabo um estudo sobre a cobertura mediática de situações onde estava em causa a conduta profissional de médicos. Para além dos poucos artigos encontrados, a maior parte das situações relatadas nesse âmbito diziam respeito a casos de ofensas sexuais cometidas por médicos a pacientes, sobretudo na imprensa tablóide, sendo dada muito pouca visibilidade a casos com outro tipo de teor que colocassem em causa a boa conduta profissional, cuja amplitude seria vasta e poderia cobrir ofensas contra pacientes, colegas de trabalho, a própria profissão, autoridades de saúde entre muitos outros. Dado o número de notícias e a desproporção encontrada entre o tipo de assuntos privilegiados, desde logo concluíram que pouca crítica evidente à conduta profissional dos médicos pode ser encontrada nos conteúdos informativos. Para além disso, a esmagadora maioria dos casos sobre ofensas sexuais “was constructed as one of male sexual urges rather than as an abuse of professional power. (...) As a result, the picture presented has been somewhat ambiguous, both challenging and enhancing medical authority” (Bradby, et al., 1995, p. 473). O enquadramento que prevaleceu na cobertura destes casos teve sobretudo que ver com os estereótipos com que são tratados os assuntos relacionados com sexo e género do que enquanto a manifestação de uma conduta profissional imprópria ocorrida em contexto clínico onde sobressairia uma abordagem médica.

Associada à profissionalização e à hegemonia da uma certa visão da medicina, o conceito de “medicalização” sugere que a instituição médica tem vindo progressivamente a alargar o seu alcance de actuação, resultando o papel da medicina e dos sistemas de saúde num processo de controlo social. Ambas as dinâmicas, a da profissionalização e a da medicalização, têm operado e reforçado mutuamente.



Irving Zola (1972, p. 487 e 495), um dos primeiros autores a trabalhar o conceito de “medicalização”, define-o como “making medicine and the labels ‘healthy’ and ‘ill’ relevant to an ever increasing part of human existence”, sustentando que “if anything can be shown in some way to affect the workings of the body and to a lesser extent the mind, then it can be labeled an ‘illness’ itself or jurisdictionally ‘a medical problem’”.

Com base nesta perspectiva, alguns estudos têm procurado identificar no discurso produzido pelos *mass media* as características ou estratégias de retórica que podem potenciar e ampliar essa noção de medicalização. As conclusões apontam no sentido da difusão de uma crescente patologização dos processos biológicos naturais, isto é, daqueles que não são necessariamente doença mas que podem ser alvo de intervenção clínica, no sentido legitimar uma maior área de aplicação e jurisdição médica (Carlson, Li, & Holm, 1997; Chrisler & Levy, 1990; Gannon & Stevens, 1998; Kalbfleish, Bonnell, & Harris, 1996; Kaufert & Lock, 1997; Markens, 1996). Muitos destes estudos referem-se, por exemplo, à forma como os *mass media* retratam as alterações fisiológicas no corpo da mulher, como os ciclos menstruais, a menopausa ou outros aspectos associados ao envelhecimento que se constituem como potenciais áreas de intervenção médica.

Apesar de uma postura mais reivindicativa e escrutinadora da parte da comunicação social, assim como da parte dos próprios pacientes (representações leigas), para com a prática médica, os discursos produzidos continuam a ser amplamente favoráveis a essa ideia latente de medicalização, continuando a ser esta a perspectiva dominante (Hodgetts & Chamberlain, 1999).

### ***Progresso científico e tecnológico***

A investigação em ciências médicas ou conexas e a indústria na área da saúde são das mais profícuas, produzindo incessantemente e a grande ritmo novos fármacos e tecnologias inovadoras para fins de diagnóstico e tratamento, que não só originam ganhos em saúde, como geram também lucros financeiros avultados para quem as produz e comercializa. Por outro lado, uma grande fatia dos gastos públicos e privados são canalizados para dotar os prestadores de cuidados de saúde destas novas tecnologias e medicamentos a favor dos doentes.

O empenho na produção de novos fármacos e de tecnologias que prenunciam terapêuticas mais eficazes ou prometem tratamentos para doenças cuja cura ainda não se conhece, bem como a divulgação dos seus feitos, muitas vezes prematuramente, e a

consagração dos seus resultados, são assuntos que alimentam muita da informação produzida pelos *mass media* sobre saúde. Grande parte dessas descobertas ou novas aplicações tecnológicas sofisticadas que são noticiadas, rapidamente deixam de ser notícia, passando a fazer parte da rotina da prática médica (McKinlay, 1981).

A ideia de progresso enquanto enquadramento interpretativo organiza assim, claramente, muita da tematização mediática sobre a saúde, chegando a tornar-se trivial. A ideia do que é novo na investigação e na tecnologia médica (a última descoberta ou o mais avançado medicamento) absorve boa parte da atenção jornalística. Todavia, “progresso” não significa aqui apenas a ideia de um processo evolutivo e cumulativo de conhecimento e de aplicação de conhecimento; aplicada à forma como a medicina é coberta pelos *mass media*, a ele estão associados os sentidos de “antecipação do futuro” e de “inevitabilidade”. Ao dar conta, mesmo que da forma mais objectiva e factual possível, de forma intermitente mas contínua, da investigação com impacto em determinadas doenças como a sida, o cancro ou doenças de origem potencialmente genética por exemplo, o jornalismo reproduz a ideia de que o “futuro já começou” (Delanty, 2000): o combate à doença está em curso, tem ao seu serviço as armas cognitivas mais avançadas de que a humanidade dispõe, e possui a marca da “irreversibilidade”. Aqui, a linha entre a “irreversibilidade” da empresa médica e a da “inevitabilidade” do seu sucesso é difícil de traçar, o que obviamente projecta um horizonte de esperança da sociedade (Jesuino, et al., 2001), sobretudo na fracção que mais espera vir beneficiar dos alegados avanços da investigação e tecnologia médica. O recurso a expressões como “combate” ou “armas” não é meramente circunstancial, apontando para o facto de boa parte do discurso actual sobre a saúde e a doença se estruturar e obter significado através do utilização de metáforas *bélicas* (Nelkin, 1987; VanDijk, 1995). Por exemplo, o HIV e o cancro são descritos como “invasões” que é necessário combater (Sontag, 1996), embora se verifique também o contrário em que assuntos sociais podem obter significado através de analogias de doenças (por exemplo, o nazismo é um cancro) (Lupton, 1994a).

Este discurso acaba por enformar as expectativas dos doentes que são transportadas para a procura de tratamento médico para problemas de saúde, para o aconselhamento e tratamento fornecido pelos médicos, para a própria profissão médica em termos da sua formação e progressão na carreira. Ou seja, os *mass media* exaltam as qualidades da técnica e da ciência médicas, apresentando-as como podendo curar todos os males. Este tipo de o discurso acaba por colidir e competir com a informação e com o

discurso que retrata a obtenção de saúde através da prevenção, focada na mudança de estilos de vida e hábitos, em vez da intervenção médica como medida preferida para a obtenção de saúde. Ou seja, em vez de prevenir para não ter que remediar, crê-se que não é preciso prevenir com os custos que isso acarreta porque a medicina pode na maioria dos casos remediar com sucesso. Ao mesmo tempo, esta perspectiva pode reforçar atitudes sociais quanto ao financiamento da investigação e compra de alta tecnologia, por exemplo. Desta forma, muitos especialistas lamentam a excessiva confiança num paradigma biomédico, cujo corolário assenta na ênfase dada às soluções tecnológicas e farmacológicas para todos os problemas de saúde (Kline, 2003).

Enquanto “ciência aplicada” com impacto determinante numa das dimensões centrais da vida pública e individual (i.e., a saúde), a medicina goza de uma visibilidade social e, consequentemente, mediática que acaba por assumir uma “dupla face”: a exposição mediática da medicina permite não apenas a ampla difusão dos progressos e performances realizadas na medicina (ou pela sua acção), mas deixa-a vulnerável ao “outro lado” da cobertura mediática. Se, como argumenta Nelkin (1987) num estudo já clássico, os *mass media* funcionam como uma autêntica montra de venda da ciência, eles também funcionam como palco dos seus fracassos e promessas não cumpridas. Cientes disto, cientistas e médicos podem ter a necessidade de desenvolver estratégias de “relações públicas” para controlar a informação a que os jornalistas têm acesso e para simplificar o seu discurso e utilizar poderosas metáforas e analogias, evitando sempre que possível explicações médicas complexas, fornecendo exemplos de aplicações benéficas em vez de teorias abstractas ou experiências (VanDijk, 1995). Como consequência, no espaço mediático assiste-se a uma progressiva justaposição de discursos: o facto de a ciência sobrepor publicidade com informação e o jornalismo científico entrelaçar-se com discursos comerciais e ficcionais exemplificam este apagar de fronteiras, correspondendo a uma luta entre cientistas/médicos e jornalistas pelo controle do discurso (VanDijk, 1995). O estudo desta postura activa por parte da comunidade científica/médica alerta para a necessidade de analisar as formas como os seus elementos intervêm junto dos actores mediáticos no sentido de marcar a agenda com os seus tópicos (*agenda building*).

Apesar da tendência global da cobertura dos *mass media* ir no sentido da exaltação dos benefícios das novas terapêuticas e de ter a ideia de “progresso” como enquadramento interpretativo, levando a que, por exemplo, os efeitos secundários pouco sejam mencionados nas notícias sobre novos tratamentos e, quando referidos, são

habitualmente desvalorizados, outros conteúdos informativos dão também conta, embora em muito menor número, de efeitos prejudiciais de determinadas terapêuticas, enfatizando sobretudo esse lado nocivo em detrimento dos benefícios que também possam ter, verificando-se assim uma polarização dos argumentos dentro de cada uma das tendências (Entwistle & Sheldon, 1999). Por vezes, a informação relativa a um fármaco ou equipamento tecnológico específico pode variar ao longo do tempo, passando de um pólo ao outro, isto é, pode receber críticas demolidoras inicialmente para aparecer no futuro como sendo um produto de excelência (ou vice-versa), sem um enquadramento intermédio ou equilibrado (McKinlay, 1981).

Refira-se ainda que a visibilidade de algumas inovações tecnológicas ou a descoberta de novas terapêuticas estão também correlacionadas com a própria evolução do contexto social, assistindo-se ao aumento considerável da atenção dos *mass media* para os avanços científicos e médicos que colocam à disposição novos tratamentos para doenças relacionadas com o envelhecimento, uma vez que os mais idosos assumem um peso cada vez maior no conjunto da população, com as implicações conhecidas ao nível da utilização dos cuidados médicos, da política e da economia (Entwistle & Sheldon, 1999).

### ***A promoção da saúde: individualização da saúde e da doença***

No decorrer das últimas décadas, enorme atenção tem sido dada à promoção de hábitos de saúde saudáveis pelos mais variados quadrantes, desde o político e governativo ao académico e comercial, passando pelo cidadão comum que não pode deixar de reconhecer os benefícios e até os méritos que uma vida saudável lhe pode proporcionar. Quem visite um supermercado, ligue a televisão (quer veja publicidade ou conteúdos de informação e entretenimento), ouça rádio ou leia jornais e revistas certamente terá reparado que a atenção dada à promoção de uma vida saudável está a crescer, assumindo uma importância cada vez maior tanto a nível político como cultural. Com efeito, a promoção da saúde tornou-se um tema absolutamente central nas políticas de saúde, tanto a nível nacional como internacional, tornando-se um eixo fundamental de iniciativas globais impulsionadas pela Organização Mundial de Saúde. Ao mesmo tempo e em consequência desta dinâmica geral, a adopção de uma vida saudável tornou-se assim uma preocupação central para um número crescente de indivíduos e um área indispensável de actuação dos sistemas de saúde (Burrows, Nettleton, & Bunton, 1999).

A promoção da saúde, que “enabl[e] people to increase control over, and to improve, their health”(Lupton, 1994b) e se traduz na adopção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, pode ser definida com base numa nova aproximação aos cuidados de saúde, que pretende distanciar-se da tradicional medicina curativa centrada nas unidades de cuidados de saúde. A emergência desta reconceptualização da saúde define-a como um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas como a consequência directa da inexistência da doença ou debilidade física; assume que a promoção e a adopção de determinados estilos de vida podem, supostamente, conduzir a um estado de saúde mais duradouro e com melhor qualidade, minimizando ou até mesmo impedindo as condições que podem levar à doença. Não é assumida aqui nenhuma distinção entre promoção da saúde e educação da saúde. A este respeito, existe um grande grau de incerteza relativamente às suas diferenças. Para muitos os dois são sinónimos, e quando não são considerados sinónimos, a primeira engloba sempre a segunda. De facto, a promoção da saúde tem como propósito, primariamente, influenciar estilos de vida através de meios educativos, não de uma forma coerciva ou persuasora, mas antes facilitando as escolhas providenciando aos indivíduos competências e suporte nas decisões no que respeita à sua saúde. Para além disso, a promoção da saúde e os conhecimentos veiculados não se devem cingir apenas a influenciar estilos de vida, mas devem também ter um papel importante no que diz respeito a uma melhor utilização dos serviços de saúde e a uma melhor interacção entre os pacientes e os profissionais de saúde (Tones, 1997).

Com alguma simplificação, a promoção da saúde pode ser melhor entendida se a situarmos na relação de um conjunto de polaridades entre dois sistemas de cuidados de saúde, a que Bunton e Burrows (1999, pp. 206-207) designaram como o “velho” sistema, que tem sido paradigmático da “modernidade”, e o “novo” sistema, característico da “modernidade tardia”, remetendo para a teorização de Giddens e, em particular, para a sua obra *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age* (1991). A medicina do período moderno é caracterizada como eminentemente curativa, institucional, construída com base num limitado grupo de profissionais e requerendo um forte investimento em recursos aplicados directamente em indivíduos relativamente passivos (pacientes); enquanto, em contraste, a “saúde pública da modernidade tardia”, onde a promoção da saúde é um elemento central, se caracteriza por ser mais preventiva, menos institucional, multi-sectorial, multidisciplinar, não requerendo necessariamente a utilização maciça de recursos e ser

conduzida com a participação activa de grupos e redes sociais, representando assim novas formas de mediação social em relação à saúde e à doença.

Enquanto o modelo estritamente biomédico se baseou na interacção entre médico (ou outros profissionais) e paciente dentro de um quadro clínico, a nova saúde pública e as actividades relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção da doença estendem-se para além desse tipo de relação, abrangendo pontos de contacto social que têm lugar em diferentes locais e interacções sociais orientadas para o corpo social, muitos deles fora de domínios institucionais tradicionais estritamente associados à saúde e à doença propriamente ditas. Sendo atribuídas aos indivíduos, nas sociedades modernas, a responsabilidade para, manter ou melhorar a sua própria saúde de forma constante através da adopção de comportamentos individuais e da preocupação com o seu corpo e, de uma forma geral, com o seu estilo de vida (Armstrong, 1993), estes esperam receber e agir segundo recomendações de um leque variado de especialistas, de profissionais e de *role models* que os possam aconselhar oriundos de um amplo espectro de locais institucionais e culturais. Um desses inúmeros locais de divulgação de hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis são, obviamente, os *mass media*.

Esse movimento significa também, segundo Castel (1991), que se tem caminhado de um sistema de cuidados de saúde que tinha como premissa o “perigoso” para um baseado no “risco”. Até aqui, os profissionais de saúde “have tended to err on the side of caution to prevent any manifestation of disease and, consequently, the illnesses possessed by patients have treated as being potentially dangerous, [enquanto nos dias de hoje] the target of medical care is shifting from the symptoms of concrete individuals to their characteristics, which the discourses of health promotion and prevention have constituted as risk factors” (Castel, 1991, p. 281).

Nas estratégias de promoção da saúde podem ser distinguidas três categorias de educação para a saúde (Tannahill, 1997): as que são “*orientadas para a doença*”; as que são “*orientadas para o factor risco*”; e as que são “*orientadas para a saúde*”. A primeira tem sido até agora a mais utilizada nas estratégias de promoção de saúde. Neste tipo de orientação, as prioridades são definidas em termos de doenças específicas e a acção é dirigida para os vários factores de risco a elas associadas. É assumido que a melhor forma de prevenir doenças, por exemplo as cardio-vasculares ou determinados tipos de cancro, é produzir informação específica sobre determinada doença e os factores de risco que a podem provocar (cada doença é tratada individualmente com a identificação dos riscos associados). A segunda estratégia, a que é orientada para os

factores de risco, aponta a eliminação de factores de risco com o intuito de prevenir as várias doenças que lhes estão associadas. Por exemplo, reconhece-se que um hábito como o fumar pode ter um impacto a nível de várias doenças, como as cardiovasculares, doenças crónicas das vias respiratórias ou cancro do pulmão, por exemplo. Por último, a terceira estratégia, a que é orientada para a saúde, o esforço é dirigido no sentido de destinar conhecimento a grupos de pessoas e locais chave, desenvolvendo programas educativos específicos (em locais como a escola, locais de trabalho, etc. ou destinar a grupos de pessoas como os idosos, as crianças, os desempregados, as minorias étnicas, etc.). Estes locais e grupos- chave são determinados localmente, tendo em conta no seu desenvolvimento e aplicação o *feed-back* da opinião pública a respeito desses programas. Esta última não é normalmente desenvolvida nos *mass media*, dadas as características localizadoras e particulares, não sendo portanto compatível com a difusão da informação a larga escala.

Deste modo, o Castel (1991) sugere que estamos a assistir ao surgimento de uma nova forma de vigilância, com o auxílio de novos avanços tecnológicos, que possibilitam o cálculo e as probabilidades de uma “pre-deteção sistemática” cada vez mais sofisticada. As populações são assim cada vez mais “manuseadas” na base dos seus perfis em relação a factores tais como a idade, a classe social, a ocupação profissional, o género, as interações que desenvolvem, a localidade onde habitam, os estilos de vida e o consumo. São factores como estes e as suas configurações particulares que fornecem os elementos de risco. Esta mudança já é evidente em grande parte do sistema contemporâneo de cuidados de saúde, onde existe uma importância cada vez maior de estudos epidemiológicos e de inquéritos extensivos às populações, onde se tenta traçar um estado colectivo de saúde. Estas estratégias identificam alvos na tentativa de reduzir colectivamente os factores de risco e o desenvolvimento de uma rede de cuidados de saúde e serviços sociais adequada ao combate a esses riscos (Bunton & Burrows, 1999).

O desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde tem como base essa concepção de “manobrar” à distância as populações no sentido de fazer diminuir esses riscos. A promoção da saúde contemporânea e a nova saúde pública actuam, de acordo com Bunton e Burrows (1996: 209), “directed at populations, those that are well, at risk or experiencing ill-health of some kind; it draws on increasingly more systematic surveillance and the monitoring of behaviour in increasing detail, and it attempts to engineer intervention regimes that take place in highly dispersed settings, managed and

coordinated by a wide range of agents”. Um dos instrumentos da promoção da saúde, pelas suas características de alcance, difusão de informação e capacidade de influência são precisamente os *mass media*, que podem ser um elemento de standardização de padrões de comportamentos e consumos, com vista à redução do risco, inserindo a saúde num contexto sócio-cultural.

A promoção da saúde pode ser entendida como uma cultura promocional global (Bunton, 1992; Lefebvre, 1992; Wernick, 1991). Muitas das práticas correntes na promoção da saúde assentam em campanhas de *marketing* e na individualização de consumos. A propensão para uma saúde debilitada é reformulada como sendo adquirida através de consumos e/ou actividades lesivas para o estado de saúde, em que a maior parte estão localizadas no domínio simbólico de uma cultura de consumo (por ex. fumar, beber, fazer desporto ou exercício, fazer dietas ou ter cuidado com a alimentação, etc.). A saúde é, portanto, idealizada como sendo o resultado de escolhas de estilos de vida, em que a promoção da saúde e a nova saúde pública tentam cultivar preferências de consumo orientadas através de um cálculo reflexivo de aquisição de bens e práticas com vista à obtenção de um estado de mais duradouro. Os autores chamam a atenção para o facto de este marketing social da promoção de saúde estar por vezes em confronto, no que diz respeito a alguns grupos sociais, com poderosas forças sociais que actuam igualmente no campo do consumo e que apelam à utilização de bens e de hábitos contrários à promoção da saúde, como por exemplo a publicidade ao consumo de álcool e tabaco (Bunton, 1992; Lefebvre, 1992; Wernick, 1991).

O que acabou de ser referido inscreve-se numa importante dinâmica cultural que, em traços gerais, envolve uma crescente reflexividade na construção da identidade pessoal (Giddens, 1991), que exige do “*self*” e do corpo uma “plasticidade” que é conseguida através de padrões de consumo e de actividades que se relacionam directamente com a promoção da saúde (Falk, 1994). Os indivíduos, com o acesso a determinados recursos, podem construir as suas próprias identidades e, dentro de certos limites, serem os autores das suas próprias subjectividades. A identidade pessoal reflexiva de cada um é largamente constituída através de papéis sociais, da construção de imagem e do consumo de bens e serviços associada a variados valores identitários (Featherstone, 1991); isto é, as identidades rígidas determinadas pela ocupação profissional, género, idade, raça, localidade, etc. têm vindo a ser como que sobrepostas pela emergência de identidades flexíveis construídas através de práticas sociais,



trazendo para o primeiro plano a cultura, o lazer, a tecnologia e o consumo, entre outras (Kellner, 1992).

Face a uma atitude para com o corpo, baseada numa subjectividade reflexiva, que o entende como sendo o resultado parcial de escolhas e de estilos de vida, escolhas essas, que na maior parte dos casos, assentam directamente em práticas de consumo (Bauman, 1987; Giddens, 1991; Shilling, 1993), facilmente se compreenderá o crescimento de uma cultura de consumo relacionada com a saúde, como a necessidade e interesse em obter informação sobre esta matérias, nomeadamente através dos *mass media*. De facto muitos problemas relacionados com a saúde pública contemporânea são sequência de comportamentos e estilos de vida, como fumar, beber em excesso, comportamentos sexuais de risco, etc.. As campanhas de saúde têm sido um dos veículos mais utilizados para, de forma arquitectada, educar o público sobre as consequências negativas de alguns comportamentos (Brown & Walsh-Childers, 1994; Lapinski & Witte, 1998). Através da disseminação persuasiva de informação sobre saúde, estas campanhas procuram influenciar atitudes de forma a que determinados comportamentos de risco não sejam praticados. No entanto, de acordo com estudos que tentaram medir precisamente essa influência nas populações, as evidências continuam a ser reduzidas e inconclusivas acerca da associação entre a exposição dos indivíduos a essas campanhas de saúde e a mudança de comportamentos (Atkin & Wallack, 1990; Hornik, 1997; Snyder, et al., 2004).

Muitas das campanhas de saúde demonstraram conseguir despertar a atenção e inculcar algum conhecimento sobre determinados riscos para a saúde (Atkin & Wallack, 1990; Lapinski & Witte, 1998). No entanto, muito poucas parecem ter conseguido de uma forma evidente mudar comportamentos como resposta a essas mesmas campanhas (Yanovitzky & Stryker, 2001). Algumas explicações apontam, por um lado, para o facto de a maioria dessas campanhas serem avaliadas com base em pequenas amostras e de tentarem captar ou medir efeitos de curto prazo durante o período em que essas campanhas estão a decorrer (Flay & Cook, 1989; Hornik, 1997); por outro, para a má concepção que por vezes ocorre das mensagens que se pretendem passar (Backer, Rogers, & Sopory, 1992; Brown & Einsiedel, 1990; Flay & Burton, 1990; Valente, Paredes, & Poppe, 1998). Outros estudos demonstraram ainda de forma convincente que mesmo as campanhas de saúde bem delineadas e aplicadas durante períodos mais longos do que o habitual conseguem um impacto muito menor ao nível dos comportamentos junto dos indivíduos do que aquele que é conseguido com o mesmo

tipo de informação, mas que chega aos indivíduos através dos *mass media* locais ou nacionais fora de campanhas orquestradas (Hornik, 1996), isto é, através de notícias e reportagens jornalísticas convencionais que chegam ao público ao longo do tempo e não de uma forma concentrada num determinado período.

Assim, apesar de existirem muitos contributos no sentido de melhorar o impacto e a eficácia das campanhas de saúde preventivas, a tentativa de alterar comportamentos de risco através persuasão, com base num único caminho, que é a tentativa de efeito directo das campanhas, revela-se de utilidade limitada, sobretudo por não conseguirem captar a atenção necessária ou porque os indivíduos desvalorizam a mensagem emitida (Atkin & Arkin, 1990; Backer, et al., 1992; Brown & Einsiedel, 1990; Donohew, 1990; Flay & Burton, 1990; Lapinski & Witte, 1998; Mechanic, 2005). Em alternativa, a informação sobre saúde que circula nos *mass media* de forma livre, fora de campanhas, pode ter maior possibilidade de alterar atitudes e comportamentos benéficos para a saúde, devido ao facto de ter maior continuidade no tempo, elemento essencial para que ocorram alterações a esse nível, e pela maior diversidade de temas e contextos (enquanto as campanhas apenas atacam um único problema de saúde), existindo assim a possibilidade de vários temas preventivos interessarem ao mesmo tempo a mais indivíduos.

Devido a essa amplitude de temas e contextos, a possibilidade de um deles fazer parte das discussões interpessoais aumenta, motivando mais facilmente a alteração ou desistência de um comportamento de risco para a saúde com base na clarificação e no reforço das normas sociais contra esses comportamentos (Yanovitzky & Stryker, 2001). Um desses contextos de divulgação de mensagens sobre hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis diz por exemplo respeito a programas de entretenimento (filmes, séries, etc.) (Winsten, 1994) . Como refere David Mechanic (2005, p. 190) a este respeito, “those who seek to influence us have learned they can be more successful when ‘innocently’ incorporating themes and messages into entertainment media. Today we find commercial, political, and even health promotion organizations are paying to promote particular viewpoints, products and behavior. The goal is to place these viewpoints within entertainment programming and, increasingly, in news media”.

Com efeito, a individualização da responsabilidade pelo estado de saúde através da adopção de hábitos e estilos de vida saudáveis tem revelado também a importância que os chamados “*role models*” em programas de entretenimento podem adquirir como exemplos a seguir pelos indivíduos. Com efeito, nos últimos anos tem existido a

preocupação de se compreender de que forma os “*health behaviours*” têm surgido nos *mass media* enquanto tendência global e o impacto que podem causar nas audiências (DuPre, 2000; Neuendorf, 1990; Signorielli, 1998; Terre, Drabman, & Speer, 1991; J. Turow & Coe, 1993). A obra de Signorielli (1993) intitulada *Mass Media Images and Impact on Health*, continua a ser um marco neste domínio, tendo revelado que, no geral, as personagens de ficção em filmes e séries apresentam de forma consistente “*role model unhealthy behaviors*”, sobretudo relacionados com os comportamentos sexuais e consumo de álcool e tabaco.

Desta forma tem existido a preocupação de alterar esta tendência, procurando inserir personagens com determinadas características ou criar situações no enredo que possam transmitir valores positivos em relação às preocupações dos especialistas em saúde pública, não só diminuindo ou controlando os estilos de vida que evidenciam claros comportamentos de risco, como promover personagens que exibam hábitos de saúde tais como praticar exercício físico, ter uma alimentação saudável ou ter preocupações com rastreios, entre outros. Como refere Kline (2003, pp. 563-564) “if any area of popular programming has shifted, however, it has been in the area of identifying negative outcomes of health-threatening behaviors, especially with regard to sexual behavior and alcohol use. In part, some of this shift may be attributable to the work of lobbyists who have proactively approached Hollywood producers with appeals to incorporate more health-conscious dialogues and storylines”.

O impacto indirecto dos *mass media* pode assim revelar-se mais eficaz, mediado através de processos de interacção que poderão facilitar mudanças sociais e culturais, sobretudo se se tiver em conta os resultados de alguns estudos que demonstram que as pessoas, quando confrontados com escolhas relativamente aos seus hábitos de saúde, tendem a dar mais importância às informações oriundas das suas relações pessoais e a adoptar esses conselhos do que aqueles que são expressos por fontes oficiais como campanhas preventivas na comunicação social, médicos ou outros profissionais da área da saúde que tendem a ser desvalorizados (Mechanic, 2005).

Outras críticas podem ainda ser encontradas na literatura quanto à forma como os *mass media* procuram ter um papel activo na promoção da saúde. De acordo com Becker (citado em Kline, 2003, p. 570) “the most disturbing aspect of the contemporary health promotion movement [is] its tendency to locate the responsibility for the cause and the cure of health problems in the individual”. Muitos estudos têm demonstrado que os *mass media* tendem a colocar um enfoque excessivo nesta individualização, o que

pode levar a que exista uma atribuição de responsabilidade exagerada aos indivíduos pelos seus problemas de saúde sobre os quais muitas vezes têm pouco ou nenhum controlo. Por exemplo, um estudo sobre a prevenção do cancro da mama (Yadlon, 1997) demonstrou a forma como os meios de comunicação social enfatizavam dois factores de risco controláveis que consideravam serem os que mais contribuíam para o surgimento da patologia, como a dieta e a reprodução, em detrimento de outros factores não controláveis como a história familiar, a idade e as alterações naturais no aparelho reprodutivo da mulher. Outros estudos têm igualmente confirmado que este enquadramento de “culpabilização da vítima” tem prevalecido nas representações dos mais variados tipos de cancro nas mulheres (Kilgore, 1996; Kline, 1999; Kline & Mattson, 2000). O mesmo acontece quando o objecto de estudo são as representações sobre obesidade, cujos resultados tendem a demonstrar que os indivíduos, sobretudo mulheres e jovens, são vistos como responsáveis pelo seu problema de saúde e de como essa “culpabilização da vítima” contribui para a sua estigmatização social (Rothblum, 1999).

Esse enfoque exagerado no comportamento individual (“*lifestyle approach*”) transversal a toda a informação relacionada com a promoção da saúde que os *mass media* veiculam, tende a negligenciar outros factores igualmente determinantes para a saúde como são os de ordem social, político e ambiental, os quais, em conjunto permitem criar e potenciar determinados estilos de vida e/ou inibir o surgimento ou a manutenção de outros (Becker, 1986; Kline, 1999). Um estudo desenvolvido por Clarke (1991; 1992) sobre as representações difundidas pelos *mass media* a respeito do Cancro, das doenças cardiovasculares e do HIV, tendo como base analítica três modelos de políticas de saúde (“*the medical model*”, “*the lifestyle model*” e “*the political model*”), demonstrou que “to the extent that medical and life-style models are promoted, political economy models are not [and that] individual, medically based action is likely to be taken rather than collective social action, which means that social structural inequities will not be improved” (Clark, 1991 citado em Kline, 2003, p. 569). Esta excessiva atenção e contínua dependência dos modelos médicos difundida pela comunicação social para descrever os assuntos relacionados com a saúde e a doença tendem assim a desvalorizar fortemente outras estratégias para a resolução dos problemas, com significativas implicações sociais, culturais e políticas e, claro, para a própria saúde.

**PARTE II**  
**A SAÚDE EM PORTUGAL**



### Capítulo 3

#### Configuração e organização do sistema de saúde português

A reforma de 1971 do sistema de saúde<sup>13</sup> marcou decisivamente o percurso seguido nas décadas seguintes das políticas de saúde em Portugal (Simões, 2004). Nesse ano, o Estado português assume a organização dos cuidados de saúde através da criação de serviços próprios financiados através de impostos, parcialmente ou na totalidade, dependendo dos serviços (Escoval, 1997). As opções nessa altura assumidas e o desenvolvimento das políticas de saúde não sofreram rupturas significativas depois da Revolução de Abril (1974),<sup>14</sup> existindo alguma continuidade, sobretudo a partir de 1976, até à criação definitiva do Serviço Nacional de Saúde consagrado a 15 de Setembro de 1979,<sup>15</sup> cujos princípios reconhecidos na Constituição, trouxeram a afirmação política e normativa do sistema e ao progressivo acolhimento e subordinação ao modelo beveridgeano nas suas linhas gerais pelas forças políticas e sociais com maior relevo na sociedade portuguesa (Simões, 2004), garantindo o acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

Para o consenso alcançado sobre o modelo adoptado contribuíram os resultados, nomeadamente aqueles que foram alcançados na amplitude da cobertura de cuidados de

---

<sup>13</sup> Essa reforma tinha como principais objectivos, "ajustar a orgânica do Ministério da Saúde e Assistência aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência de 1963 e garantir aos cidadãos o direito à saúde até aos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, vindo pôr cobro à diversidade de regimes coexistentes, resultante da não assunção pelo Estado da responsabilidade dos cuidados de saúde da população em geral. Esta reforma conduziu ao rápido desenvolvimento de Serviços Públicos de Saúde, à criação de hospitais públicos e à melhor prestação de cuidados de baixo custo para os mais desfavorecidos. Contudo, encontrou grandes dificuldades na sua aplicação e não conseguiu atingir os fins propostos, já que não foi possível proceder à integração dos Serviços Médico-Sociais" (Escoval, 1997, p. 71).

<sup>14</sup> Uma certa continuidade do modelo terá ficado a dever-se, "em primeiro lugar, ao reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas de saúde; em segundo lugar, à orientação desse novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, que constituíam aspectos inovadores naquele contexto político e que recolheriam o apoio das forças políticas e sociais vencedoras no 25 de Abril; em terceiro lugar, ao facto de muitos dos principais obreiros desta política terem mantido o desempenho de funções relevantes depois de 1974" (Simões: 2004: 27).

<sup>15</sup> Regulamentado pela Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro.

saúde à população e na modernização e na qualidade dos meios, que se traduziram em ganhos evidentes em saúde (Simões, 2004). Para além dos resultados, a conjugação de interesses foi também decisiva, nomeadamente, das profissões, que, como refere Simões (2004, p. 32), “ao longo das últimas três décadas, na sua relação com decisores políticos e técnicos, aproveitaram a debilidade destes no controlo e na autoridade, contribuindo para a manutenção de uma matriz legislativa que os beneficiava e para a dificuldade do sistema se orientar para soluções mais eficientes, mas interesses também dos fornecedores de bens e de serviços e das populações”.

No sistema de saúde português coexistem três tipos de sistemas que se sobrepõem: o Serviço Nacional de Saúde; sub-sistemas com base socioprofissional que persistiram do regime de protecção social no âmbito da saúde pré-SNS; e sector privado. Em 2001, em relação aos diversos tipos de serviços de saúde utilizados mais frequentemente pelos inquiridos, a esmagadora maioria utilizou habitualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (84,8%). Quanto ao acesso por via de sub-sistemas, a Assistência à Doença dos Servidores do Estado (ADSE) foi utilizada por 8,7% da população portuguesa e apenas uma pequena minoria utilizou a Assistência à Doença das Forças Militares (2,3%) e os SAMS (1,3%), que servem os funcionários bancários e suas famílias. Os restantes serviços são residuais, referindo-se a serviços de saúde ligados a actividades profissionais muito específicas. Os serviços de saúde privados têm uma expressão mínima entre os mais utilizados, apenas 0,8% da população inquirida declarou aceder sobretudo a serviços privados de saúde. 11,2% da população inquirida declarou possuir um seguro privado de saúde, embora o acumulem com algum tipo de serviço de assistência público ou para-público e para-públicos (Cabral, et al., 2002).<sup>16</sup>

A figura a seguir apresenta a relação entre os vários sectores, serviços, organizações e instituições que constituem o sistema de saúde português. Desde a sua fundação, mudanças adicionais foram sendo implementadas no sistema, agregando uma multiplicidade de papéis que concentraram no Estado, nomeadamente no Serviço Nacional de Saúde, o financiamento, o funcionamento, a organização e a gestão dos cuidados de saúde, sendo o principal prestador e detentor da maioria dos recursos.

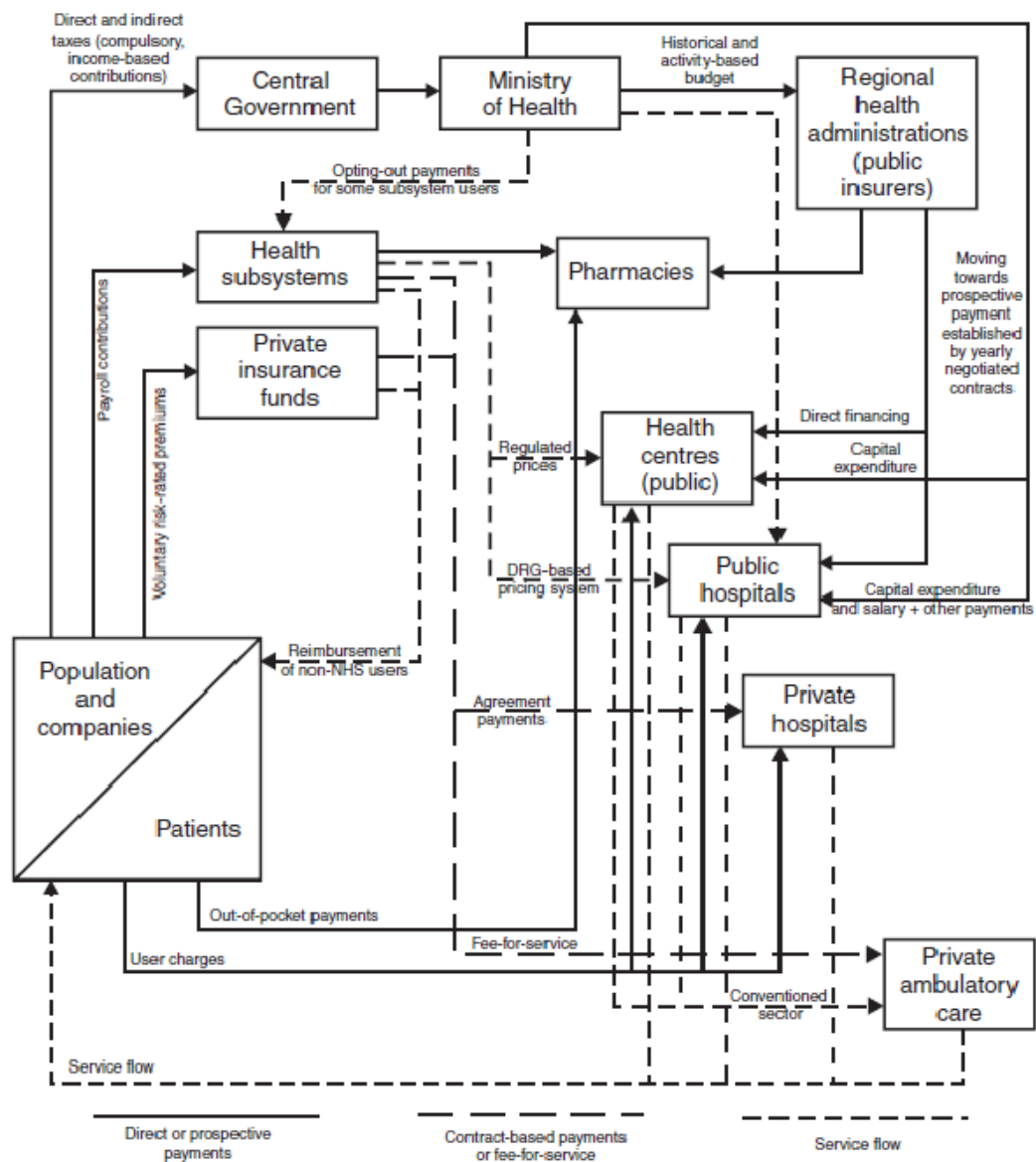
---

<sup>16</sup> A incapacidade de auto financiamento por parte do Estado, a par de outros factores de ineficiência e de inefectividade, não permitiram que os subsistemas existentes fossem absorvidos, não tendo, por isso, sido alcançado o princípio da universalidade enunciado, isto é, que fosse apenas o SNS a prestar todos os cuidados de saúde directamente à totalidade da população nos seus próprios serviços (Escoval, 1997). No entanto, essa absorção parece ter vindo a ocorrer, com a percentagem de utentes que utilizam habitualmente o SNS a subir para 89,8%, observando-se assim uma diminuição do acesso a cuidados de saúde por via dos sub-sistemas, com um ligeiro aumento do recurso habitual ao sector privado (para 1,9%) (Cabral & Silva, 2009).



O SNS engloba a totalidade dos Centros de Saúde e a grande maioria dos hospitais, coexistindo algumas estruturas hospitalares privadas com fins lucrativos ou de solidariedade social. Mesmo quando o SNS não presta directamente alguns dos cuidados de saúde, os seus beneficiários utilizam serviços privados convencionados, sobretudo cuidados ambulatoriais como as consultas médicas de especialidade e meios complementares de diagnóstico (Escoval, 1997). Com efeito, os cuidados de saúde privados assumem assim sobretudo um papel complementar ao SNS do que uma verdadeira alternativa global a este, embora com tendência para prosperar apesar da consolidação do SNS (Barros & Simões, 2007). A actividade do sector privado tem incidido sobretudo nos meios complementares de diagnóstico, em certas consultas de ambulatório, na reabilitação e nos cuidados de saúde psiquiátricos, sendo os principais agentes os médicos com consultório privado, as Misericórdias, as clínicas e os hospitais privados. A esmagadora maioria das consultas no sector privado são de especialidade, com particular relevo para a Estomatologia, assumindo o sector público a quase totalidade das consultas de clínica geral/familiar nos Centros de Saúde, que funcionam como *gatekeepers* para o acesso às especialidades nos hospitais públicos. Os pacientes com condições de saúde menos severas e/ou com os meios financeiros necessários podem optar pelo sector privado sem passar pelo processo de acesso característico do sector público (Barros & Simões, 2007). Com efeito, a maior facilidade de marcação e tempos de espera mais diminutos são as vantagens principais atribuídas pelos utentes ao sector privado (Cabral, et al., 2002). No campo do medicamento, a actividade comercial é quase exclusivamente privada, existindo mecanismos de comparticipação variável da parte do Estado na compra de fármacos por parte dos utentes de forma a introduzir uma maior equidade no acesso às terapêuticas.

**Figura 2:** A organização do sistema de saúde português



Fontes: (Barros & Simões, 2007; Pinto & Aragão, 2004)

Os modelos de organização dos serviços de saúde dependem em grande medida dos métodos de financiamento do sector da saúde. Em Portugal, o Estado tem a responsabilidade de mobilizar os recursos financeiros de forma a permitir o funcionamento dos serviços de cuidados de saúde pertencentes ao SNS. A substituição do princípio da gratuidade em 1989 pelo princípio da gratuidade tendencial, permitiu, entre outras medidas, o recurso a taxas moderadoras tendo como justificação a tentativa de se introduzir maior racionalidade na procura e na utilização dos cuidados (Escoval, 1997).

O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento de Estado, isto é, por via dos impostos. Para além do Ministério da Saúde, que é o grande financiador dos cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS, coexistem diversos terceiros pagadores (subsistemas de saúde) que abrangem alguns sectores profissionais que funcionam autonomamente ou através de acordos com os serviços do SNS, para além ainda dos utentes na parte que lhes respeite (através de taxas moderadoras) e de todas as entidades e instituições que a tal estejam obrigadas, de acordo com as suas leis orgânicas, ou por força de contratos existentes. Podem ainda ser adquiridos planos de seguros de saúde individuais ou de empresa que assegurem a responsabilidade total ou parcial pela prestação de cuidados de saúde, não deixando os detentores desses seguros de ser beneficiários do SNS, sem qualquer restrição de direitos de acesso aos serviços do sistema público de saúde, salvaguardando o direito de opção daqueles beneficiários (Escoval, 1997).

O Ministério da Saúde determina e aprova os orçamentos de investimentos e de exploração para todo o país (estes orçamentos financiam as administrações regionais e os hospitais), bem como tem a capacidade de limitar os custos de administração das instituições de saúde para cada período administrativo. A política salarial a aplicar a todos os recursos humanos que operam no sector público de saúde é negociada anualmente entre o governo central e os sindicatos da função pública, tendo o Ministério da Saúde a capacidade de exercer um controlo abrangente sobre o número de lugares para os médicos nos hospitais. Existe ainda o controlo sobre os preços dos medicamentos na venda ao público, tendo o governo o direito de recusar aumentos nos valores praticados (Escoval, 1997).

Como se observa igualmente no esquema apresentado (Figura 2), e de acordo com alguns autores (Hespanha & Carapinheiro, 2001; Pinto & Aragão, 2004), o sistema português nunca esteve inteiramente em conformidade com o modelo consagrado na Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979, fundado de acordo com princípios ligados às noções de cidadania e à necessidade de proteger a saúde – um bem essencial tanto individual como social – dos efeitos do mercado, de forma a assegurar a universalidade no acesso aos cuidados e combater as desigualdades perante a saúde e a doença. Desde então, o sistema tem evoluído lentamente no sentido da viabilização de mais mecanismos orientados para o mercado, com as mais recentes mudanças a apontarem para uma divisão entre prestadores-pagadores e o estabelecimento de acordos que permitem o *opting-out* (Pinto & Aragão, 2004), tendências gerais que serão analisadas

de seguida na secção dedicada à evolução político-social do sistema de saúde entre 1985 e 2004.

Na viragem do século, Portugal encontra-se na “terceira geração” de reformas fundamentais (Miguel & Bugalho, 2002) e estas fazem parte de uma convergência global (Mechanic, 1975) nos objectivos e actividades dos sistemas nacionais de saúde da área geo-cultural de Portugal. Os sistemas de saúde podem ser definidos como “todas as organizações, instituições e recursos devotados à produção de acções de saúde’. Se o grande objectivo dos sistemas de saúde é melhorar a saúde, na realidade podem considerar-se dois: o mais elevado nível médio (*goodness*) e a menor diferença exequível entre indivíduos e grupos (*fairness*)” (WHO, 2000 citado por Miguel e Bugalho, 2002). A hipótese da convergência começou por ser desenvolvida em 1975 por David Mechanic, tendo vindo de uma forma geral a ser confirmada até aos nossos dias, apesar dos refinamentos e clarificações sucessivos. Estudos empíricos sobre a comparação dos sistemas de saúde têm corroborado esta hipótese, ao demonstrarem como as reformas levadas a cabo em diversos países tomam em geral o mesmo sentido (OECD, 1994).

Os elementos de convergência, que assumem variações em cada país de acordo com a evolução das dinâmicas de funcionamento do próprio sistema de saúde e das suas relações com a esfera política, económica, social e cultural, podem ser agrupadas em quatro áreas fundamentais: 1) a preocupação que os governos enfrentam em controlar os custos e melhorar a *eficiência*<sup>17</sup> e a *efectividade*<sup>18</sup> dos serviços de saúde (Ashmore, Mulkay, & Pinch, 1989); 2) em parte como consequência disso, e da aceitação de que o estado de saúde da população depende em grande medida de circunstâncias exteriores aos cuidados médicos, existe a preocupação crescente de desenvolver estratégias, assentes num discurso individualizado de promoção da saúde e de comportamentos que tendam a diminuir o risco associado à doença; esta importância dada à responsabilidade individual nos comportamentos saudáveis tem provocado a desvalorização do papel do Estado e das instituições da sociedade civil na protecção contra os riscos a que as pessoas estão sujeitas em determinados contextos, como o desemprego ou o emprego precário, os baixos salários e a baixa escolaridade; 3) a tentativa de reduzir as desigualdades associadas à saúde e o seu reflexo no acesso aos cuidados médicos, assim como a dificuldade que os países hoje enfrentam em lidar com os efeitos da tecnologia e

---

<sup>17</sup> Refere-se à capacidade de o sistema trabalhar mais com o menor dispêndio de custos possível.

<sup>18</sup> Consiste na medição da qualidade e resultados (*outcomes*) das intervenções clínicas.

da especialização, levam a que seja colocada uma maior tónica no fortalecimento dos cuidados de saúde primários; 4) a preocupação crescente com a satisfação e a importância do poder de escolha do paciente de forma a optarem informadamente sobre a sua saúde e a ter voz na organização dos serviços de saúde.

Estes últimos dois pontos em particular beneficiam de um forte contributo dos *mass media*: o primeiro enquanto mostra privilegiada das descobertas científicas e tecnológicas, passando por ela em grande medida a legitimação quanto ao desenvolvimento e aplicação dessas tecnologias; e o segundo enquanto veículo essencial de informação sobre o direito à saúde e o funcionamento dos cuidados de saúde de uma sociedade.

Importantes pressões dão origem à convergência dos sistemas de saúde (Mechanic & Rochefort, 1996) com origem tanto em problemas de saúde e do sector, como de fora do sector, como por exemplo factores económicos, políticos, ideológicos, históricos, sociais e culturais. Essas pressões resultam, em boa parte dos seguintes factores: 1) desenvolvimento de determinadas características demográficas (descida da mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida) que originaram mudanças ao nível dos padrões epidemiológicos e de morbilidade (aumento do impacto das doenças crónicas e degenerativas associadas à velhice); 2) efeito das exigências financeiras associadas aos cuidados de saúde nas economias nacionais, assistindo-se a um tendência do recuo do Estado em assegurar um sistema de saúde universal e gratuito, que tinha sido um dos pilares na formação do Estado-Providência. Tais políticas correspondiam ao compromisso político no sentido de promover o bem-estar das populações, tendo como resultado a passagem da saúde a umas das prioridades fundamentais dos governos das democracias liberais. Os sistemas de saúde públicos tendem a reduzir a sua área de intervenção, mostrando-se incapazes para responder adequadamente às exigências e expectativas da população, em relação às quais os *mass media* desempenham também um importante papel na sua formação. Este contexto originou contribuiu igualmente para os problemas endémicos de financiamento do sistema, levando à racionalização de gastos por parte do Estado e incentivando à partilha da gestão do sistema com o sector privado; 3) dinâmica da evolução da ciência biomédica e farmacológica, que tende a colocar num segundo plano os factores ambientais, sociais e psico-sociais na explicação e prevenção das doenças e a privilegiar uma concepção da doença associada quase exclusivamente a causas microbiológicas e fisiológicas (Locker, 1997). Devido a esta perspectiva biomédica, o aumento da oferta

e/ou da qualidade dos serviços de saúde e o acesso aos medicamentos torna-se a principal estratégia política para a melhoria da saúde pública e individual, fazendo com que os factores que estão fora das fronteiras do sistema de saúde, como as condições económicas, de trabalho e habitação ou a escolaridade, sejam passados para segundo plano enquanto áreas de intervenção social. Com efeito, nas sociedades capitalistas avançadas, a ênfase tem sido colocada na intervenção médica curativa *a posteriori*, em vez da amplas medidas preventivas para conservar a saúde (Doyal, 1979).

Em síntese, os efeitos não pretendidos acabam por se reforçar mutuamente: as alterações demográficas levam uma população crescentemente envelhecida a exercer uma forte pressão sobre o sistema público de saúde, contribuindo para agudizar as suas dificuldades económicas e políticas; ao mesmo tempo, a dificuldade do Estado para responder à procura social não pode ser desligada da perda de margem de manobra para complementar o modelo biomédico com intervenções de cariz social e ecológico; finalmente, a aliança entre a hegemonia do modelo biomédico e o recuo da responsabilidade estatal leva a enfatizar o papel da responsabilidade individual por comportamentos que, neste contexto, só podem ser alterados através da prevenção e promoção da saúde, e não por reformas políticas de fundo.

A convergência dos sistemas resultante dos factores de pressão descritos tem sido feita, sobretudo na Europa, sob quatro políticas dominantes de reforma fundamentais:<sup>19</sup> 1) “Políticas que lidam com a escassez de recursos”, que têm a ver com a afectação ao sector da saúde de outros recursos do sector público, com o aumento de impostos ou de contribuições para a segurança social e a sustentação de um debate importante que se tem mantido há já algum tempo sobre o nível de financiamento adequado relacionadas com estratégias de contenção de custos, que influenciam a oferta e a procura de uma forma decisiva; 2) “Financiamento dos sistemas de modo mais equitativo e sustentável”, que está relacionado com o aumento do controlo e da regulação governamental, quer em países que seguem o modelo Beveridge (sistema de saúde financiado essencialmente pelos impostos), com acesso universal ou quase universal aos cuidados de saúde, quer entre aqueles que utilizam o modelo Bismarck (sistemas baseados em seguros obrigatórios), com a introdução, nestes últimos, da livre escolha do segurador, através da criação de mecanismos de incentivo de mercado como forma de financiamento dos cuidados de saúde; 3) “Afectação de recursos efectiva”, que

---

<sup>19</sup> Esta classificação de políticas dominantes apresentadas segue de perto a análise feita por Miguel, e Bugalho (2002) a partir de Figueras, Saltman & Sakellarides (2000).

tem levado a uma separação entre terceiros pagadores públicos ou quasi-públicos dos prestadores de serviços de saúde, em detrimento dos modelos integrados de provisão de cuidados médicos, existindo com isso a tentativa de encontrar melhores formas de afectação de recursos (contratualização, afectação de capital, sistemas de pagamento a profissionais e instituições, compra de medicamentos); 4) “Eficiência na prestação de cuidados“, que releva da maior atenção dada aos desempenhos organizacionais, com vista a melhorar a eficiência na gestão e nos resultados de saúde (*outcomes*), que se traduzem em medidas como programas relacionados com a qualidade dos cuidados, reestruturação da organização interna e externa dos hospitais, melhoria dos cuidados primários, aferição de cuidados médicos através da criação de *guidelines* e alterações na área dos recursos humanos.

Estas medidas políticas visam sobretudo conter as despesas dos Estados com o sector da saúde através da viabilização de mecanismos orientados para o mercado, quer na afectação de recursos, quer na gestão das instituições, ao mesmo tempo que se aplica um processo de descentralização do sector público e uma vigilância estatal mais rigorosa (Miguel & Bugalho, 2002). Num segundo plano, surge a qualidade dos cuidados, a tentativa de reduzir as desigualdades no acesso à saúde e o estímulo da capacidade de participação dos cidadãos nas políticas de saúde que vão sendo implantadas.

Tais políticas resultam dos processos de globalização e da organização de uma agenda política internacionalmente traçada, mediada essencialmente pelas instâncias comunitárias a partir da adesão à União Europeia (Hespanha & Carapinheiro, 2001). Num estudo realizado por Carapinheiro e Page (2001) sobre os determinantes globais do SNS, refere que a partir do início da década de 1990 se inaugura um novo modelo de regulação dos sistemas de saúde na Europa, com a instauração de mecanismos nos diversos países, incluindo Portugal, que possibilitem uma maior racionalização de custos. As medidas que decorrem dessa agenda política, segundo as autoras, que criticamente consideram fazer parte de um “instrumento tecnocrático de ‘convergência’”, têm originado a adopção de “barreiras de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, tais como orçamentos restritivos, funções de ‘gatekeeper’, criação de listas de espera, selectividade do uso das tecnologias, experimentação de diferentes formas de pagamento, fazendo incidir a responsabilidade das decisões sobre os profissionais de saúde e estabelecendo formas de comparticipação dos custos por parte dos utilizadores” (Carapinheiro & Page, 2001, p. 83).

A possibilidade de levar à prática parte dessa agenda fica definitivamente consagrada quando, em 1997, são introduzidas duas alterações cruciais na Constituição: 1) “Dando continuidade à tentativa de aproximar os cuidados de saúde primários dos cuidados de saúde diferenciados, o Estado compromete-se a garantir uma ‘racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde’”; 2) O Estado compromete-se a “disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e qualidade [reforçando-se] a possibilidade de co-existência de formas públicas e privadas de prestar cuidados, sendo esta uma das características mais notórias das medidas legislativas tomadas desde 1997” (Carapinheiro & Page, 2001, p. 102).

Apesar destas orientações gerais e convergentes, é de salientar que aqueles que defendem o racionamento dos recursos e a utilização dos serviços de entidades privadas para resolver muitos dos problemas de financiamento, fazem-no não raras vezes no âmbito de uma perspectiva da defesa dos cuidados de saúde dentro da alçada do Estado, em vez de procurarem meios alternativos para o substituírem. Isto faz com que as opções por vezes não sejam claras e introduzam promiscuidades no sistema, baralhem as posições e o papel de cada um, e de certa forma mascarem a inclusão do mercado nos sistemas de saúde, ao mesmo tempo que o tornam mais aceitável aos olhos do público (Higgs & Jones, 2001).

Esta “hipótese da convergência”, como salienta David Mechanic no seu texto fundador (Mechanic, 1975), “does not imply that medical systems, which develop out of the particular historical and cultural background of a nation and its dominant ethos, will not continue to have distinct social and cultural characteristics reflecting the ideological orientations and social-cultural context of a country”. Da mesma forma que têm em conta a importância da competição entre as ocupações relacionadas com o sector da saúde para definir e controlar a divisão e as condições sociais de trabalho. Não existe, assim, qualquer implicação de que a hipótese da convergência indique uma mudança automática num único sentido fora das dinâmicas históricas e políticas de qualquer sociedade. Desta forma, muitos factores sociais e históricos podem afectar as particularidades de um qualquer sistema de saúde e nenhuma forma exacta organizativa é inevitável, existindo sempre caminhos alternativos que podem ser seguidos (Carapinheiro & Page, 2001, p. 101). O que a hipótese da convergência implica, no entanto, é “a certain macro process in which a narrowing of system options takes place,



compared with those theoretically possible, due to forces that generally lie beyond the control of particular national actors or institutions and to which more and more societies are being exposed” (Mechanic & Rochefort, 1996, p. 242).

Como referido, os meios de comunicação social são uma importante fonte de pressão, ao aumentarem significativamente as expectativas e exigências públicas em relação aos cuidados de saúde, tanto no que diz respeito ao conhecimento médico e tecnológico como dos serviços de saúde. A presença constante dos *mass media* na vida quotidiana contemporânea e o aumento do nível educacional das populações levam a que exista uma percepção daquilo que é possível obter dos cuidados de saúde, quer seja local, nacional ou internacionalmente. Estas exigências multiplicam inevitavelmente a obrigação de resposta do sector da saúde, a menos que os governos nacionais as proibissem. No entanto, concluem os autores, tal nunca ocorrerá na medida em que os governos, sob pena de afectar a sua legitimidade, não estão, na sua maioria, em posição de resistir às fortes pressões que possam advir das camadas da população mais afectadas por tais medidas, sobretudo quando hoje se assiste a um crescimento de uma “cultura” de direitos na área da saúde (Mechanic & Rochefort, 1996).

Para além destas razões, pode-se acrescentar que esta evolução dos sistemas de saúde conta substancialmente com o papel dos *mass media*, que funcionam enquanto operadores ideológicos que possibilitam em grande medida esta convergência. As particularidades históricas e culturais dos sistemas de saúde e das sociedades onde estão implantados não são, em geral, contempladas e explicadas pelos *mass media*. Estes tendem a reproduzir o pensamento dominante das reformas, contribuindo de forma decisiva para essa convergência de forma aparentemente pouco reflexiva. As alternativas não têm visibilidade e não são discutidas, consagrando reformas apresentadas como inevitáveis (Higgs & Jones, 2001). Isto é particularmente relevante quando se sabe que – para reduzir o que é um processo complexo numa simples frase – quanto mais os sistemas mediáticos são desenvolvidos numa sociedade, mais os indivíduos contam e confiam nessa informação em momentos de crise para resolver os problemas (Nimo & Combs, 1993), que, no caso da saúde, são relatados diariamente de acordo com as características genericamente atrás referidas e de acordo com aquelas que serão evidenciadas e analisadas mais à frente para o caso português.



## Capítulo 4

### Evolução político-social do sistema de saúde entre 1985 e 2004

A visibilidade na imprensa das temáticas e debates sobre problemas do sistema de saúde e, mais especificamente sobre o SNS, deve ser entendidos tendo em conta a identificação das forças e dinâmicas que estão por trás dessa visibilidade. Para isso, há que identificar e compreender os ciclos políticos e respectivas agendas, bem como os processos que os envolvem em termos da implementação das medidas, bem como e possíveis reacções públicas e dos parceiros sociais.

Neste capítulo é traçada a evolução das principais medidas políticas relativas ao sistema de saúde português de 1985 a 2004, de forma a melhor compreender os factores que mais têm influenciado o seu desenvolvimento e configuração actual, e qual a expressão que têm tido na comunicação social ao longo do período em análise (1990-2004). Este longo período político pode ser dividido, no seguimento da classificação proposta por Jorge Simões no seu *Retrato Político da Saúde* (2004, pp. 118-147) e pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005), em três fases de produção e implementação de medidas políticas que correspondem a outros tantos ciclos governativos de diferentes cores partidárias.

A última década do século XX encerra um longo ciclo de grande produção de políticas de saúde em Portugal que se vinha a desenvolver desde o início dos anos 1970.<sup>20</sup> O início dos anos 90 situa-se a meio de um ciclo político de 10 anos (1985-1995) apresentado como “o desafio da qualificação do sistema de saúde”, cujo principal objectivo se centrou sobretudo na regionalização do SNS e no novo papel que o sector privado deveria assumir no sistema de saúde (Lei de Bases de 1990). A partir de 1996, abre-se um novo ciclo, marcado pela Carta de Liubliana da Região Europa da OMS, onde estão compiladas as propostas reformistas dos sistemas de saúde que irão marcar a

---

<sup>20</sup> O período de 1970 a 1985, intitulado “o SNS e a expansão do sistema de saúde”, inclui a reforma de 1971, a Lei do SNS de 15 de Setembro de 1979 e a implementação da carreira médica de clínica geral e familiar, como os marcos mais significativos (OPSS, 2002).

acção e decisão políticas, bem como os seus fundamentos ideológicos (Carapinheiro & Page, 2001, p. 99). Este ciclo, que durou seis anos (1996-2002), teve como agenda predominante impor reformas nos domínios mais variados do SNS, quer ao nível dos processos de financiamento, quer ao nível da prestação dos cuidados.

O último período, que corresponde aos anos finais da análise que aqui se apresenta (2002-2004), refere-se aos primeiros anos de uma nova legislatura cuja a agenda política para a saúde nos quatro anos de governo combinava a expansão das medidas políticas levadas a cabo pelos governos precedentes com uma nova orientação para os papéis dos sectores público, privado e social. Com efeito, é na década de 1990 que se inicia a implementação de profundas transformações nas estruturas de financiamento e na própria prestação em diversos países desenvolvidos, sendo por isso esta década considerada como a das grandes reformas dos sistemas de saúde (Escoval, 1997), a que Portugal não foi alheio, embora num contexto e com especificidades muito próprias como de seguida se verá.

#### ***Período de 1985 a 1995: A regionalização do SNS e o novo papel para o sector privado***

Este período é marcado por uma considerável estabilidade política protagonizada por três governos sucessivos do Partido Social-democrata, liderados por Aníbal Cavaco Silva, com maioria parlamentar nos últimos 8 desses 10 anos.<sup>21</sup> Essa estabilidade política, sem precedentes desde o 25 de Abril, associada à entrada de Portugal como membro de pleno direito na Comunidade Económica Europeia em 1986, que possibilitou o financiamento europeu para a construção e melhoria de infra-estruturas, que abrangeram também o sector da saúde, levaram a um crescimento em número e em qualidade das instalações e equipamentos do SNS.

Novos modelos de gestão e de organização foram procurados na tentativa de dotar o sector da saúde de uma maior efectividade e eficiência, tendo sido adoptada uma agenda política mais próxima de propostas levadas a cabo noutros países europeus, cujas reformas eram fortemente influenciadas pela “ideologia de mercado”. Tais reformas visavam sobretudo introduzir maior competição entre os prestadores com o objectivo de aumentar a eficiência, assim como estabelecer políticas de prioridades,

---

<sup>21</sup> A este período de governação do PSD, corresponderam o X Governo Constitucional, iniciado a 6 de Novembro de 1985; o XI Governo Constitucional, que tomou posse a 17 de Agosto de 1987; e o XIII Governo Constitucional, que iniciou o seu mandato a 28 de Outubro de 1995, terminando a 25 de Outubro de 1999.

selecção e limites na utilização dos cuidados públicos de saúde (Carapinheiro, 2006; Simões, 2004, p. 118).

As principais alterações propostas para Portugal no início da década de 1990, através de várias medidas legislativas inscritas na Lei de Bases de 1990 e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde de 1993, correspondiam a quatro estratégias fundamentais: (1) maior autonomia para coordenar a actividade dos hospitais através da regionalização da administração dos serviços; (2) agrupamento de hospitais e centros de saúde por região através da criação de unidades de saúde que possibilitariam uma maior articulação e integração entre cuidados primários, secundários e terciários; (3) privatização de sectores de prestação de cuidados, onde deveria existir uma maior articulação do SNS com entidades privadas, contribuindo o Estado para o desenvolvimento do sector privado, assim como permitir a gestão privada de unidades de saúde públicas; (4) privatização de sectores de financiamento de cuidados, de forma a conseguir alguma transferência do peso financeiro do sector, onde se incentiva os cidadãos a optarem por seguros privados de saúde e a criação de um seguro alternativo de saúde (*opting-out*) (Escoval, 1997; Simões, 2004).

O debate sobre a reforma do sistema de saúde consistia assim na adopção de propostas que enquadrassem o papel do SNS num contexto mais alargado do sistema de saúde, corrigindo a legislação de 1979, que ignorou em larga medida a existência de um sector social e privado importante na saúde. Foi definido um papel mais activo para sector privado e uma orientação empresarial para o SNS, bem como transferir para os cidadãos maior responsabilidade financeira individual. Neste sentido também, em 1990, o Governo introduziu taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde públicos, com excepção para cidadãos economicamente desfavorecidos e grupos de risco. No entanto, estas orientações das políticas de saúde neste período acabaram por ser essencialmente normativas, uma vez que muitas das prioridades e medidas políticas sofreram oscilações ou foram mesmo abandonadas não tendo posterior correspondência prática.

A primeira titular da pasta neste período, a Ministra Leonor Beleza,<sup>22</sup> optou por seguir uma linha de actuação onde afrontou importantes grupos de pressão (em particular, a Ordem dos Médicos e a indústria farmacêutica), na tentativa de implementar mudanças que visavam criar uma separação clara entre os sectores público e privado como condição para o desenvolvimento de ambos, produzindo alterações nos

---

<sup>22</sup> Ministra da Saúde de 6 de Novembro de 1985 a 4 de Janeiro 1990.

regimes remuneratórios e nas condições de trabalho dos profissionais (Simões, 2004). Esta tentativa de estabelecer uma maior separação entre o exercício da prática médica em unidades de cuidados de saúde públicos e privadas, em troca de melhor remuneração no sector a cargo do Estado, não obteve os resultados esperados. As sucessivas greves médicas tiveram como consequência, durante um longo período de tempo, uma melhoria nos rendimentos auferidos mas sem contrapartidas significativas por parte destes profissionais para com o sector público (OPSS, 2002).

Esta iminência de ruptura protagonizado por Leonor Beleza, com a estratégia de separação do público e privado, perturbou também, para além dos visados directos a operar nos sector da saúde, o posicionamento dos partidos políticos e dos sindicatos na relação tradicional entre governo e oposição e entre esquerda e direita. Tais medidas geraram um elevado clima de conflitualidade e afectaram boa parte da agenda política dos Ministros que se seguiram, Arlindo de Carvalho<sup>23</sup> e Paulo Mendo,<sup>24</sup> que tiveram como preocupação pacificar os parceiros sociais. Para além da agitação decorrente da atitude de confrontação da anterior Ministra, surgiram casos de alegada corrupção e peculato perpetrados por dirigentes com elevada responsabilidade no sector da saúde. Como refere Correia de Campos (citado em 2002; Simões, 2004, pp. 121-122) quanto às consequências, “a Dr.<sup>a</sup> Leonor Beleza (em 1986 e 1987) pretendeu ser ousada: comprimiu gastos, reduziu participações, criou barreiras administrativas, exigiu cumprimento de incompatibilidades, exerceu coacção sobre prescritores [...]. Reduziu o crescimento anual a 8%. Sol de pouca dura. Bloqueado o Ministério por inabilidades várias, ferida a credibilidade do Estado por um longo e desgastante processo parlamentar e judicial [...], a substituição governativa impôs-se [...]. E os números traduzem os factos: a necessidade de acalmar em simultâneo interesses contraditórios e de ampliar a ilusão de maior disponibilidade de serviços levou o Dr. Arlindo de Carvalho a libertar os controlos, do que resultaram acréscimos de encargos de 30% em pessoal, 25% em consumos, 23% em convenções e 25% em medicamentos”.

A separação dos dois sectores deixou de ser a preocupação central na actuação ministerial a partir da saída de Leonor Beleza. A agenda predominante passou a ser a implementação de um sistema de seguros alternativos de saúde (*opting-out*). Mais tarde, com a entrada do último Ministro da Saúde neste período, Paulo Mendo, a ideia do seguro alternativo de saúde foi também posta de lado, passando a ser concedida

---

<sup>23</sup> Ministro da Saúde de 5 de Janeiro de 1990 a 6 de Dezembro de 1993.

<sup>24</sup> Ministro da Saúde de 7 de Dezembro de 1993 a 28 de Outubro de 1995.

prioridade à implementação de uma maior responsabilização financeira individual dos utentes no financiamento do sistema de saúde, bem como a possibilidade de dotar as unidades públicas de saúde de uma gestão privatizada (OPSS, 2001, 2002; Simões, 2004). A proposta da responsabilização financeira individual, elaborada por uma comissão de que foi relator o próprio Paulo Mendo em 1992, consistia no agrupamento dos beneficiários do SNS consoante os seus rendimentos. Um grupo com rendimentos mais baixos teria comparticipação do Estado do total das despesas, enquanto que um grupo intermédio pagaria 40% dos custos com a sua saúde e o grupo com maiores rendimentos financiaria 70%. Nesse documento era proposta também a separação entre financiadores e prestadores de cuidados, construção e gestão por empresas privadas das novas unidades de saúde, a concessão da gestão de hospitais e centros de saúde a grupos privados e a opção por seguro privado de saúde com reembolso da capitação financeira atribuída aos cidadãos (MS, 2002; Simões, 2004).

Do conjunto de propostas de medidas políticas realizadas neste período de governos dos PSD, sobretudo dos últimos cinco anos que a legislação de 1990 e 1993 pretendia promover, terá ficado, em traços gerais, uma concepção alargada do sistema de saúde que integra o SNS, as entidades privadas e os profissionais liberais, bem como o entendimento de que os cidadãos são os responsáveis primeiros pela sua própria saúde. Para além destas concepções gerais, a regionalização efectiva dos serviços foi implantada, traduzida na criação das cinco administrações regionais de saúde, o peso do Estado como prestador foi reduzido através do *contracting-out*, isto é, a possibilidade dos hospitais recorrerem a entidades privadas para a provisão de serviços complementares e o lançamento da experiência pioneira e única de um hospital público português com gestão privada (Hospital Fernando da Fonseca) (Simões, 2004).

Medidas como a articulação dos cuidados não passaram do papel, devido a fortes resistências, radicadas essencialmente nas unidades hospitalares devido a “culturas organizacionais conservadoras” que não permitiram qualquer mudança significativa. A privatização de sectores da prestação e do financiamento não tiveram desenvolvimentos significativos em grande parte por motivos estritamente políticos, dado que as medidas propostas obrigavam a um novo entendimento da natureza e do modelo do SNS, requerendo para isso a adopção de medidas de ruptura por parte de um Governo que em final de legislatura já não estava em condições de tomar. O SNS passaria a ser reduzido a um prestador de cuidados entre outros e a prestação seria separada do financiamento, abrindo caminho à entrada das empresas seguradoras. Já o seguro alternativo de saúde

não suscitou grande interesse nas empresas seguradoras, ao contrário das expectativas do Ministério da Saúde, não passando também da fase das intenções (Simões, 2004). A falta de cumprimento de muitas das medidas propostas não trouxe rupturas significativas relativamente ao ciclo político anterior, mas sim alterações, mais ou menos significativas, no mesmo modelo.

### ***Período de 1996 a 2002: A “nova gestão pública” para a reforma do SNS***

No final de 1995 inicia-se um novo ciclo político com a subida do Partido Socialista ao poder, com António Guterres como Primeiro-Ministro, cargo que ocupará até Abril de 2002.<sup>25</sup> Ao contrário do que sucedeu no período anterior, nenhuma maioria absoluta parlamentar foi alcançada, pelo que as medidas propostas pelo Governo tiveram de ser negociadas no Parlamento, através de alianças políticas pontuais, sendo assim adoptado um processo de reforma mais comedido. Desde logo, ficou claro que a saúde não seria uma das prioridades do novo governo, que elegeu a educação e o combate à pobreza como as suas duas áreas primordiais de actuação. No entanto, existia determinação e clareza no estabelecimento de princípios inscritos no programa eleitoral do Partido Socialista que levariam a uma reforma global e profunda do sistema de saúde, onde para além de identificar os sectores e os agentes que mais contribuíam para a paralisia e a falta de eficiência do sistema, seriam tomadas medidas no sentido de criar um mercado interno regulado pelo Estado, onde seria possível entregar a gestão de unidades públicas de saúde ao sector privado e empresarializar alguns hospitais públicos, bem como dotar os hospitais e os centros de saúde público de maior autonomia e responsabilização pelos actos praticados, alterando simultaneamente o seu processo de financiamento, com base numa afectação regional de acordo com padrões de consumo efectivo de cuidados. No programa do Governo apresentado após as eleições, a reforma passou a ser mais gradual no decorrer da legislatura e menos acentuada nas alterações propostas, com medidas mais desconexas e com aspectos de maior abstracção. (Simões, 2004).

Apesar da aparente falta de empenho reformista inicial, do modelo que começava a ser colocado em prática ressaltava desde logo o seu carácter “marcadamente ideológico”, com a tentativa de retroceder no caminho que estava a ser seguido até

---

<sup>25</sup> O XIII Governo Constitucional constituído pelo Partido Socialista tomou posse a 28 de Outubro de 1995, com base nos resultados das eleições de 1 de Outubro de 1995, terminando o seu mandato em 25 de Outubro de 1999; O Partido Socialista voltou a vencer as eleições a 10 de Outubro de 1999, dando início ao XIV Governo Constitucional, que tomou posse a 25 de Outubro de 1999. A demissão do primeiro-ministro no início da segunda metade da legislatura provocou a cessação deste mandato a 6 de Abril de 2002.



então, que ia no sentido de mais mercado e menos Estado na saúde. A prioridade do investimento no potencial do SNS ia aliás ao encontro do objectivo primordial fixado na Carta de Ljubljana (WHO, 1996), que proclamava o abandono desse princípio doutrinal de mais mercado na reforma dos sistemas de saúde europeus que deveria ser feita (Simões, 2004).

O reforço da componente pública do sistema de saúde fica definido, inicialmente, num conjunto de princípios e objectivos que constitui a estratégia elaborada pelo Ministério da Saúde em 1997, liderado por Maria de Belém Roseira,<sup>26</sup> com metas a ser atingidas num período de cinco a dez anos relativamente à organização e desenvolvimento dos serviços com efectivos ganhos para a saúde. Os três pilares fundamentais da estratégia a ser implementada centravam-se na instauração de um modelo contratual, em substituição do modelo público integrado em vigor até então, e que reflectia uma nova relação com o sector privado, consistindo na combinação do financiamento essencialmente público com um sistema assente na contratualização entre pagadores e prestadores que se encontrem funcionalmente separados,<sup>27</sup> existindo simultaneamente a tentativa de clarificar o que são prestações públicas e o que são prestações privadas através do regime das incompatibilidades nas convenções estabelecidas pelo SNS; numa nova administração pública da saúde, com a reforma da gestão de Centros de Saúde e de hospitais; e na remunerações dos profissionais associadas ao desempenho” (Simões, 2004).

Desde logo, um maior esforço efectivo de descentralização ao nível da administração era necessário para que muitas das medidas políticas pudessem ser implementadas. O SNS é gerido a nível central pelo Ministério da Saúde e a nível regional pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), com a subordinação do segundo em relação ao primeiro. Esse esforço foi realizado na primeira fase da legislatura (MS, 1997), quando as Administrações Regionais de Saúde (ARS) foram dotadas de autoridade e autonomias para desempenhar um papel mais efectivo na definição de políticas de investimentos e financiamento das instituições de saúde, bem como incrementar planos estratégicos para os centros de saúde e hospitais e coordenar as relações entre ambos. Apesar de muita da autoridade já estar descentralizada nos Conselhos de Administração das ARS, na prática, o Ministério da Saúde continuou

---

<sup>26</sup> Ministra da Saúde desde 28 de Outubro de 1995 a 24 de Outubro de 1999.

<sup>27</sup> Traduzia assim uma nova relação entre os contribuintes, os seus agentes financiadores de serviços e os prestadores de cuidados.

concentrar a maior parte do poder, particularmente evidente no controlo que este assume na política de desenvolvimento, gestão estratégica, financiamento e avaliação dos hospitais (Escoval, 1997).

Neste período liderado por Maria de Belém destacam-se algumas decisões vários domínios. A começar pelas medidas aplicadas no âmbito do sistema hospitalar,<sup>28</sup> foi criado um novo estatuto que estabelecia que todos os hospitais deveriam adoptar novas formas de gestão, mais flexível e autónoma, de “empresas públicas”, diferente do modelo tradicional em vigor até então. A gestão é pública mas a gestão dos recursos humanos e as aquisições de bens e serviços nestas unidades deve ser feita de acordo com as regras que existem no sector privado (Simões, 2004). Este novo modelo de hospital público deveria, no entanto, obedecer a um conjunto de valores e princípios fundamentais que o hospital público deve defender, conciliando instrumentos de desburocratização, de agilização e melhor uso de recursos, com a essência e os valores (MS, 1999).<sup>29</sup> O método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais foi também parcialmente alterado em 1997 de forma a permitir integrar elementos de financiamento prospectivo, calculado em função da actividade prevista (baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo). A criação de “centros de responsabilidade integrados” nos hospitais deveria originar níveis de gestão intermédia, agrupando serviços homogéneos, com um órgão de gestão com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objectivos, a partir de um orçamento-programa acordado com o conselho de administração. Para além disso, deveriam ser adoptadas, ainda que a título experimental, formas de remuneração proporcionais à actividade realizada, aos níveis de produtividade e à qualidade dos resultados alcançados (OPSS, 2001).

---

<sup>28</sup> Em 1998, o Conselho de Reflexão sobre a saúde (CRÉS) publicou um relatório com o diagnóstico dos problemas que afectavam o funcionamento dos hospitais públicos. Jorge Simões (2004, pp. 79-80) sintetizou-o da seguinte forma: Na envolvente externa destacou os “cuidados de saúde primários insuficientes”; o “modelo de financiamento inadequado”; o “estatuto jurídico burocrático”; os “recursos humanos com um estatuto desincentivador, injusto e ‘carreirista’”; a “acumulação do exercício hospitalar com a actividade privada, dificultando a utilização plena das suas estruturas e dos seus equipamentos”; e o “empolamento dos serviços de urgência, aumentando significativamente os custos de exploração. Na dinâmica interna sublinhou a “constituição dos seus órgãos de administração decorrer simultaneamente de critérios políticos e profissionais; a “ direcção técnica dos serviços de acção médica ser exercida, por vezes, por profissionais com perfil inadequado às funções que são exigidas”; a sua “estrutura produtiva, com serviços autónomos e por vezes rivais, não permitir a utilização flexível dos recursos”; o “processo de produção de cuidados estar divorciado de regras de disciplina e de racionalidade económica”; e a “ausência de mecanismos de avaliação das actividades desenvolvidas”.

<sup>29</sup> De 1996 a 1999 três novos hospitais adoptaram novas formas de gestão. O Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, foi o primeiro a adoptar o novo estatuto em 1998, a que se seguiram a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio.

Os cuidados de saúde primários foram também alvo de reorganização por parte desta ministra, com alterações ao nível do funcionamento dos Centros de Saúde entre outras medidas, tendo no entanto alguns dos projectos encetados ficado na sua fase experimental. Foram criados os chamados Centros de Saúde de 3ª geração, sendo atribuída aos de maior dimensão personalidade jurídica e autonomia administrativa, técnica e financeira, bem como a possibilidade de organização por pequenas equipas multidisciplinares tecnicamente autónomas mas interligadas, o que permitiria ter em conta critérios de desempenho nas remunerações dos profissionais, particularmente as dos médicos, mas a abrangência desta medida remuneratória nunca chegou a ser estendida a outros profissionais, nomeadamente aos enfermeiros. Esses critérios tinham sido já anteriormente previstos no regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral, em que a remuneração seria baseada numa capitação ajustada aos doentes inscritos nas listas de cada médico, ponderada por um número seleccionado de factores de desempenho. Estes pequenos grupos de profissionais originariam novos modelos de trabalho associados a formas de retribuição mais adequadas ligadas ao desempenho e à complexidade das tarefas desenvolvidas, sendo ainda responsáveis por dar resposta personalizada à procura dos utentes inscritos (Simões, 2004). Estas experiências que foram avaliadas positivamente, para além de estimularem a adopção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, numa base experimental, possibilitaram novas práticas de contratualização, a implementação de critérios de qualidade e a criação de infra-estruturas de informação, inspirando a concepção dos centros de saúde como organizações em rede. Todo este processo foi no entanto interrompido mais tarde em 2000, com a entrada em funções da ministra seguinte (OPSS, 2001).

No âmbito da reengenharia do sistema já referida no que respeita à distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde, em 1996 as administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou ao estabelecimento de “agências de contratualização”, antes designadas agências de acompanhamento. Estas destinavam-se a analisar, negociar e decidir sobre a distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde, de acordo com as necessidades de saúde e preferências dos cidadãos e da sociedade, com o objectivo de assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados prestados. Essas agências deveriam então desenvolver instrumentos de informação e monitorização, por forma a identificar as necessidades em saúde e elaborar propostas aos conselhos de administração da ARS's sobre a distribuição dos recursos financeiros pelas instituições

de saúde da região e proceder à “contratualização” dos cuidados de saúde, bem como acompanhar o desempenho das instituições quanto à prestação dos cuidados de saúde e à forma como os recursos financeiros são aplicados. Uma nova abordagem para promover a qualidade no sector da saúde foi ainda desenhada e implementada, sendo criado para o efeito o Instituto da Qualidade em Saúde (OPSS, 2001; Simões, 2004).

Em 1999 foi aprovada legislação para a criação de “sistemas locais de saúde” com o propósito de facilitar a coordenação das actividades de saúde ao nível local, que possibilitaria melhorar o acesso, promover a saúde e reduzir as desigualdades, com base na integração dos cuidados, através da coordenação dos recursos públicos, sociais e privados, evitando duplicações e desperdícios, bem como a minimização da exclusão de pessoas e grupos sociais. Esta legislação não foi no entanto implementada.

Neste período de governação de Maria de Belém há ainda a destacar, para além da implementação de programas para reduzir as listas de espera cirúrgicas que não obtiveram grande sucesso, a criação, em 1999, de cinco Centros Regionais de Saúde Pública cujo objectivo seria reforçar a saúde pública a nível regional e local, com a disponibilização de perícia em epidemiologia e liderança na promoção e gestão da saúde. No âmbito da política de recursos humanos, em 1998, foi aprovada em Conselho de Ministros a resolução de criar duas novas escolas de medicina públicas, bem como reforçar o ensino da enfermagem, promover mais investigação e melhorar a coordenação entre as instituições que realizam a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde, resolução que ficou incompleta nos três anos seguintes foi.

No final de 1999 inicia-se uma nova legislatura com o mesmo Primeiro-Ministro e igualmente sem apoio maioritário parlamentar; a pasta da saúde foi entregue a Manuela Arcanjo.<sup>30</sup> Com o final do mandato de Maria de Belém Roseira culmina assim o mais longo período de estabilidade governativa do Partido Socialista no que se refere às políticas de saúde. Com a nova ministra, a estratégia que vinha da anterior legislatura acabou por perder fôlego, ocorrendo uma descontinuidade na implementação e monitorização das principais medidas, apesar de a saúde ter para este Governo mais prioridade comparativamente com a legislatura anterior e de ter uma linha de continuidade clara com os propósitos anteriores, conforme constava no novo programa de Governo (introdução da concorrência dentro do sector público prestador, separação das entidades financiadoras e prestadoras, autonomia de gestão das unidades públicas e

---

<sup>30</sup> Ministra da Saúde de 25 de Outubro de 1999 a 2 de Julho de 2001.

estímulo a regimes de trabalho a tempo inteiro e à exclusividade). Conforme se pode ler no relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001), a descontinuidade fez-se notar de imediato quando se estabelecem “metas desnecessariamente excessivas em aspectos de grande visibilidade, como são o financiamento da saúde e as listas de espera; tomam-se medidas de intervenção, sem qualquer quadro de referência explícito; acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa; consuma-se a quase completa descontinuidade nas principais medidas de reforma antes preparadas”. Ou como referia Correia de Campos, “a Saúde era um sector profundamente desgastado na opinião pública portuguesa, que os decisores políticos do sistema de saúde deixaram desde há muito de ser o Governo ou a Assembleia para serem os parceiros sociais, que o gasto sem controlo a todos favorecia, defendendo que as soluções deviam ser procuradas fora do modelo de serviço público, com a concessão de gestão de unidades de saúde a consórcios públicos, privados ou mistos”. Mais especificamente, referia que “até à anterior legislatura notava-se um progresso e clarificação crescentes, acompanhado de tímidas, mas coerentes reformas. Com a presente legislatura [...] foram congeladas novas concessões de gestão, desacompanhadas as existentes, abandonados os trabalhos preparatórios de novas modalidades de financiamento [...]. Com uma forte tendência centralizadora na gestão financeira, cessou o impulso descentralizador e responsabilizante que vinha de trás. As agências de financiamento foram desmanteladas e os orçamentos de novo arbitrados por critérios históricos, sem prémio nem castigo, com gestores manipuláveis e obedientes” (Campos citado em Simões, 2004, pp. 135-136).

Nesta fase, foram ainda tomadas medidas no âmbito da política do medicamento na tentativa de conter os custos neste domínio, com a elaboração de diplomas que visavam regular o mercado farmacêutico através da alteração da comparticipação nos preços dos medicamentos e a promoção do consumo de genéricos, bem como contratualizar com a indústria farmacêutica um limite do ritmo de crescimento da factura com medicamentos paga pelo Estado (OPSS, 2002).

Defensor de uma política mais próxima da que foi inscrita em 1995 no programa eleitoral do PS para a área da saúde, e portanto discordante de grande parte da que foi sendo implementada, que resultaria em menos Estado prestador directo de serviços e

pretensamente mais Estado regulador, António Correia de Campos<sup>31</sup> foi o titular seguinte e último da pasta neste período socialista. Devido à demissão do Primeiro-Ministro e ao estatuto de governo de gestão a que a situação obrigou, Correia de Campos esteve limitado nas suas funções durante grande parte do seu mandato (a partir de Dezembro de 2001), nove meses no total. Apesar do curto espaço de tempo que esteve no Ministério da Saúde com plenos poderes, a sua actuação teve algumas consequências evidentes, particularmente no sector hospitalar. Para além do anúncio imediato da concessão de mais um hospital público a uma entidade privada, foi criada a estrutura de missão “parcerias saúde”, que possibilitaria a implementação de parcerias “público-públicas” e “público-privadas”. Pouco antes de terminar o seu mandato, Correia de Campos criou o novo estatuto tipo de hospital, com a natureza formal de entidade pública empresarial (tipologia de estabelecimento público de natureza empresarial, no contexto do sector empresarial do Estado), em substituição da figura do instituto público em vigor. Este modelo, que poderia ser adoptado de forma casuística mediante decreto-lei, passava a possibilitar a criação de empresas públicas hospitalares, apresentação de candidatura das unidades interessadas. Entretanto, a forma de designação dos directores clínicos e dos enfermeiros directores dos hospitais, e da direcção técnica dos centros de saúde foi também alterada, pondo fim à eleição prévia introduzida em 1996; no mesmo diploma fez ainda aplicar aos hospitais as normas de direito privado na contratação de bens e serviços (Simões, 2004).

Para além destas medidas, foram ainda estabelecidas nesta última fase as normas formais para o desenvolvimento de Planos Directores Regionais para os hospitais e centros de saúde do SNS. Foram ainda anunciados planos para o estabelecimento de Parcerias Público-Privado (PPP) para a construção de novos hospitais (OPSS, 2002).

***Período de 2002 a 2004: A continuidade das medidas políticas anteriores e definição dos papéis dos sectores público, privado e social***

Este novo ciclo inicia-se com a chegada novamente do Partido Social-Democrata ao poder, que constitui, em coligação com o Partido Popular, um governo liderado por

---

<sup>31</sup> Ministro da Saúde de 3 de Julho de 2001 a 5 de Abril de 2002.

Durão Barroso.<sup>32</sup> A estabilidade governativa alcançada por esta aliança política, permitiu desde logo a Luís Filipe Pereira, titular da pasta da saúde nos dois governos deste curto período,<sup>33</sup> produzir legislação em abundância para o sector da saúde e iniciar rapidamente a respectiva implementação. A agenda política da saúde para os quatro anos de governo combinava a expansão das medidas políticas levadas a cabo pelos governos precedentes com uma nova orientação para os papéis dos sectores público, privado e social. As orientações expressas no programa de governo e as *Grandes Opções do Plano 2003* (MS, 2003) propõe reformas profundas, definindo o sistema de saúde como uma rede de serviços prestadores de cuidados de saúde onde deverão coexistir e agir de forma integrada entidades pertencentes aos três sectores referidos. Este sistema misto que articularia as redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados, possibilitaria aos cidadãos escolher os serviços tendo em conta as suas necessidades e preferências. O financiamento público suportaria os padrões de procura dentro de limites estabelecidos entre o Ministério da Saúde e os serviços de prestação de cuidados escolhidos.

A reforma é encetada logo de imediato com a produção de nova legislação que prevê, o financiamento do SNS através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados, a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos e, no estatuto dos profissionais de saúde do SNS, o regime do contrato individual de trabalho. A natureza jurídica dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde é tipificada da seguinte forma: são “estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos” (Simões, 2004, p. 82).

---

<sup>32</sup> O XV Governo Constitucional tomou posse a 6 de Abril de 2002, sendo constituído pelo Partido Social-Democrata e pelo Partido Popular, na sequência das eleições antecipadas de 17 de Março de 2002. Também antecipadamente terminou o seu mandato a 17 de Julho de 2004, quando José Manuel Durão Barroso foi indigitado para Presidente da Comissão Europeia. Nomeado pelo Presidente da República Jorge Sampaio, Pedro Santana Lopes dá continuidade ao governo de coligação precedente, tomando posse como Primeiro-Ministro do XVI Governo Constitucional (2004-2005). O mesmo Jorge Sampaio dissolve o parlamento meses mais tarde, em Dezembro de 2004, assumindo a partir desse momento o estatuto de governo de gestão até à entrada de funções do novo executivo, novamente do Partido Socialista (XVI Governo Constitucional), que tomou posse a 12 de Março de 2005.

<sup>33</sup> Ministro da Saúde de 6 de Abril de 2002 a 11 de Março de 2005.

A intensa acção governativa logo no primeiro ano foi possível devido ao apoio do conjunto do executivo, quer em termos do apoio político manifestado, quer pela disponibilização de um importante apoio financeiro, acrescido do efeito positivo das expectativas acumuladas na opinião pública que existia na altura sobre a necessidade de uma reforma da saúde, beneficiando ainda de uma atitude genericamente favorável dos líderes de opinião em relação à “imagem de acção” que era passada pelo executivo. Face a esta conjuntura favorável, o Ministério da Saúde não desperdiçou as oportunidades concedidas para explicitar e colocar em prática as diversas vertentes do seu programa de governo, num contexto de “afirmação e determinação governativa”. Assim, num curto espaço de tempo o Ministério da Saúde levou a cabo um conjunto relevante de iniciativas importantes, tais como a nova lei de gestão hospitalar, implementação de 31 Hospitais, SA, a preparação de parcerias público privado, a adopção de uma nova lei sobre centros de saúde, a promoção dos medicamentos genéricos, a introdução da prescrição pelo princípio activo e dos preços de referência e preparação de um Plano de Saúde, entre outras medidas (OPSS, 2003).

O acesso aos cuidados de saúde foi considerado uma prioridade por este governo, levando-o a actuar em diversos domínios tais como proporcionar a cada cidadão o seu médico assistente, o fim das listas de espera de cirurgias e de consultas, a reorganização das urgências e o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados (OPSS, 2004, 2005). O primeiro objectivo tentou ser atingido, em ruptura com as soluções pensadas anteriormente, através de uma reforma dos cuidados de saúde primários<sup>34</sup> com base num modelo de contratualização com os médicos de clínica geral e familiar que tivesse em conta uma capitação definida associada a incentivos e através da disponibilização de mais médicos sem formação específica em cuidados de saúde primários, bem como de uma nova legislação de gestão dos cuidados de saúde primários. A aprovação desta nova legislação incluía a possibilidade dos centros de saúde poderem ser geridos por cooperativas profissionais, pelo sector privado lucrativo, e pelo sector social, não lucrativo, passando assim a rede de cuidados de saúde primários a reflectir a coexistência de centros de saúde de gestão pública, social e privada financiados pelo Estado. Daí resulta também um diferente entendimento de centro de saúde, onde o director não tem que ser necessariamente um médico, ao mesmo tempo que passa a incluir quatro diferentes tipos de unidades: os cuidados médicos; o

---

<sup>34</sup> Decreto-lei n° 60/2003



apoio à comunidade e enfermagem; a saúde pública; e a gestão administrativa. A gestão de um centro de saúde poderia ser entregue a uma entidade privada mediante contrato de gestão e a divisão dos cuidados possibilitaria que fossem estabelecidos contratos de prestação de serviços com médicos, outros profissionais de saúde e entidades privadas para a prestação de cada um dos tipos de cuidados de saúde primários.

Nestas medidas primava a definição de um novo estatuto jurídico sobre a atenção dada à reorganização dos centros de saúde existentes. Políticos de diferentes quadrantes, investigadores, profissionais de saúde, as organizações de clínicos gerais, os sindicatos e a Ordem dos Médicos opuseram-se desde logo com veemência a esta reforma. Apesar de anunciadas e legisladas, as medidas nunca chegaram a ser implementadas, originando mesmo uma paralisia no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Como referiu Correia de Campos: “Para criar um mercado interno de Cuidados de Saúde Primários (CSP), objectivo em que muitos convergimos, embora menos que no caso dos hospitais, a proposta do MS desmantela o conceito de CSP, ignora a promoção da saúde e prevenção da doença, marginaliza, até literalmente, a saúde pública, esquece os grupos em risco e o dever público de diferenciação positiva, regressa ao modelo das “caixas” nas consultas, desarticula o sistema nos sítios onde ele estava articulado, afasta os cuidados da comunidade, esvazia de conteúdo a função do médico de família, abre um mercado de consultas mas não de saúde, sem qualquer regulação concomitante...” (Correia de Campos citado em Simões, 2004, p. 76).

Relativamente ao programa de “eliminação das listas de espera cirúrgicas a curto prazo” (máximo de dois anos), que abarcaria um maior leque de cirurgias para além das já existentes no programa anterior, seria feita com base numa contratualização com entidades privadas e sociais e no aumento da mobilização e eficiência dos recursos existentes no próprio sistema, através da melhoria do pagamento suplementar aos serviços e pessoal do SNS envolvidos. Esta intenção teve desde logo a faculdade de colocar o acesso aos cuidados de saúde e às esperas cirúrgicas excessivas na agenda política de forma bastante visível. Caso este “Programa Especial” para a recuperação de listas de espera nos hospitais públicos resultasse, além de “resolver” um problema importante e impopular, poderia fomentar um clima favorável para as reformas de fundo que este governo permitia implementar (OPSS, 2004, 2005).

A aplicação do programa pretendia acabar com as esperas mais antigas e evitar o aparecimento de uma nova “lista de espera” de dimensões consideráveis, apesar de, tecnicamente, mais importante do que a dimensão da lista era o tempo médio da espera,

não passando de um simples instrumento político essa noção “velha” e “nova” lista de espera. O Ministério da Saúde, passado pouco mais de um ano do início da implementação do programa, depressa reivindicou progressos, dada a importância política atribuída a esta questão e a fragilidade dos pressupostos técnicos adoptados, sem, no entanto, nunca ter divulgado resultados por hospital e patologia, única forma de lhes conferir credibilidade. Os resultados anunciados sem o acompanhamento da fundamentação necessária de outros dados que os comprovassem, apontavam para uma diminuição do tempo médio de espera de 6 anos para 6 meses, impossibilidade teórica que uma Auditoria do Tribunal de Contas veio posteriormente confirmar (OPSS, 2004).

O desenvolvimento de uma rede de unidades de acolhimento hospitalar e de cuidados continuados para doentes crónicos e doentes idosos, consistiu na celebração de protocolos com o sector social e privado, que corresponderia a uma replicação para este sector da legislação da ideia de “rede de serviços de saúde” financiada pelo Estado. Esta iniciativa legislativa teve a vantagem de estabelecer e ordenar conceitos chave relativos aos cuidados continuados. A falta de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Segurança Social, com legislação definida exclusivamente pelo primeiro, sem atender à necessidade óbvia de iniciativas conjuntas colocou fortes entraves à sua implementação, o que levou a que mais de um ano depois da publicação da lei, esta não tinha ainda sido regulamentada (OPSS, 2004).

A política do medicamento foi também uma forte área de actuação para este Governo, que fomentou a expansão do mercado de genéricos, com a prescrição destes medicamentos associada aos preços de referência, e a instauração da prescrição médica utilizando a denominação comum internacional (DCI), bem como um novo modelo de receita. A introdução do conjunto destas medidas permitiria um incremento num curto espaço de tempo da quota dos medicamentos genéricos com uma diminuição a curto prazo da despesa pública em medicamentos, o que foi conseguido, assim como proporcionaria também um maior poder de decisão aos cidadãos na escolha dos medicamentos. No entanto, contrariando a ideia do princípio das políticas centradas no cidadão, assistiu-se a um crescimento da contribuição das famílias na despesa com medicamentos e o gasto público com medicamentos, após diminuição imediata, voltou a subir (OPSS, 2004, 2005).

No plano organizativo e da gestão dos serviços, este governo também realizou profundas alterações e em pouco tempo. Uma das medidas mais emblemáticas e com maior visibilidade mediática teve que ver com a chamada empresarialização dos

hospitais. A solução SA implementada, embora vindo numa linha de continuidade em relação às intenções manifestadas pelo Governo anterior meses antes da alternância, era original no sector da saúde e considerada “extrema” no quadro das modalidades de empresarialização existentes, com maior potencialidade de privatização, longe das experiências anteriores de empresarialização. O aumento súbito da empresarialização hospitalar iniciou-se com a adopção da nova legislação sobre a gestão hospitalar criada em Setembro de 2002. Num curto espaço de tempo, 34 unidades hospitalares passaram a sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, com a nomeação de gestores de confiança em vez de gestores competentes e experientes em serviços de saúde que levassem a cabo, de forma mais efectiva, a ruptura pretendida. Este impulso dado à empresarialização dos hospitais portugueses levou à constituição de uma equipa de missão que acompanhou a gestão hospitalar e fomentou um conjunto de projectos potencialmente úteis neste processo de mudança (OPSS, 2004).

Os hospitais públicos do sector administrativo (não transformados em Hospitais SA) sofreram também alterações, sendo estabelecida uma nova estrutura e organização. Juridicamente, estes hospitais continuaram a ser pessoas colectivas públicas, dotadas de personalidade jurídica, com autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial. A estrutura orgânica dos hospitais passa ser constituída por um órgão de administração – o conselho de administração; por órgãos de apoio técnico – comissões de ética, de humanização e qualidade de serviços, de infecção hospitalar, de farmácia e de terapêutica; um órgão de fiscalização – o fiscal único; e por um órgão de consulta – o conselho consultivo (Simões, 2004).

Mais uma vez, a reivindicação pública antecipada de sucessos mal justificados, bem como a pouca importância que foi atribuída à transferência de autonomia de Hospital SA para os seus serviços técnicos, o clima de desconfiança gerado, que facilitou a descontinuidade do modelo e o relativo abandono dos hospitais do sector público administrativo, que resultou em dois subsistemas hospitalares distintos, foram os aspectos mais negativos apontados a esta dinâmica (OPSS, 2004).

Para além das alterações implementadas no estatuto e na organização dos hospitais existentes, o Ministério da Saúde anunciou a construção de 10 novos hospitais no decorrer da sua legislatura com base em Parcerias Público Privado (PPP), que seriam construídos e equipados por empresas privadas em troca de uma concessão de exploração da gestão do hospital por um período prolongado, modelo muito invulgar em sistemas de saúde similares ao português. A intenção seria mobilizar investimento não

público no sistema de saúde, atribuindo a concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de cariz social. A fórmula poder-se-ia traduzir em investimento privado, financiamento público, gestão privada (incluindo serviços clínicos) e propriedade pública. A sua implementação não chegou a ocorrer devido a dificuldades de vária ordem que foram desde logo a falta de estudos que demonstrassem a necessidade desses novos hospitais, as limitações dos cadernos de encargos mal elaborados, a falta de análise e debate público sobre este tipo de compromissos a longo prazo, para além da criação de expectativas a alguns grupos económicos que foram difíceis de gerir (Simões, 2004).

Devido ao desenvolvimento das parcerias público-privado-social na prestação de cuidados de saúde, o Ministro da Saúde anunciou a criação de uma nova “entidade reguladora” para a saúde, definida como uma autoridade administrativa independente, cujo objectivo seria enquadrar a participação e actuação dos operadores dos diversos sectores, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde (Simões, 2004).

Sobre este ciclo político, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005) conclui que a “filosofia de gestão da mudança” encetada teve por base uma forte componente de marketing político que possibilitou o estabelecimento de uma nova agenda política, sendo necessário actuar com rapidez, mesmo que muitas das medidas adoptadas e implementadas tenham sido sustentadas com limitada fundamentação técnica. Esta forma de actuação e as medidas adoptadas suscitaram frequentemente apreciações críticas convergentes, que não encontraram no Ministério da Saúde a disponibilidade necessária para um debate público sobre as diferentes matérias. Foi igualmente importante para o Ministério da Saúde publicitar amplamente, num curto espaço de tempo, os êxitos supostamente alcançados para tornar defensável o processo de transformação iniciado, sem que fosse no entanto disponibilizada informação analítica relevante que os sustentasse. Ainda assim, esta forma de actuação permitiu uma dinâmica de mudança e o apoio em líderes de opinião (comunicação social) sensíveis aos sinais exteriores de mudança, mesmo que esse forte marketing político demonstrasse muitas vezes a improbabilidade das mudanças anunciadas. Apesar de alguns efeitos positivos na acção governativa que daí decorreram, cedo começaram a ser evidenciados alguns aspectos críticos que se foram avolumando à medida que o ciclo político ia avançando, acabando por criar uma cisão entre “crentes” e “não crentes” e dificultando relações de cooperação e participação, bem como a erosão da vontade e

motivação entre os participantes dos projectos. A generalidade das medidas levadas a cabo pelo Ministério da Saúde acabou por ter pouco impacto no terreno, ocorrendo uma perda de credibilidade a prazo.

\*\*\*

Em suma, Portugal tem vindo desde o início da década de 1990, tal como outros Estados membros da União Europeia com sistemas de saúde públicos, a adoptar medidas políticas de contenção de custos, que influenciam a procura de cuidados financiados por fundos públicos e a oferta de serviços. Essas medidas de contenção de gastos são de três tipos que podem ser sintetizadas da seguinte forma (Mossialos & LeGrand, 1999; OECD, 1995; Simões, 2004): 1) limitação dos recursos públicos, o que se traduz no crescimento dos co-pagamentos e na redução de situações de excepção aos co-pagamentos existentes, racionamento com base em decisões explícitas, papel crescente dos seguros voluntários de saúde e o desenvolvimentos de formas alternativas à hospitalização; 2) novas técnicas de orçamentação que englobam orçamentos fixos substituídos por orçamentos indiciários, orçamentos combinados com pagamentos de acordo com as actividades e orçamentos para prestadores individuais em detrimento de orçamentos sectoriais; e 3) formas de controlo, que se consubstanciam no controlo sobre os salários e na contratação dos profissionais de saúde, no controlo do número de camas hospitalares, na adopção de *guidelines* na medicina, na implementação do sistema de preços de referência e no controlo do tempo de internamento. No nosso país, como vimos, apesar da orientação geral das políticas ser muito consentânea com esta tendência internacional, algumas das medidas foram meramente normativas ou suavizadas na sua implementação.



**PARTE III**  
**O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS**  
**NA IMPRENSA ESCRITA**





## Capítulo 5

### Metodologia

O objectivo da investigação sobre a relação entre os *mass media* e a saúde, a doença e a medicina reside na tentativa de apreender as mensagens veiculadas sobre os diversos assuntos e compreender as características dessa informação, a fim de captar as representações a que os indivíduos estão expostos. O interesse do estudo sobre estes temas fundamenta-se na suposição de que os meios de comunicação de massa têm, de alguma forma, influência nas atitudes, opiniões e comportamentos. Com efeito, os indivíduos, no âmbito da saúde, “bring into interaction all of the personal knowledge and experiences that define them, including exposure to any number of news, entertainment, and commercial messages coming from sources that vary from television to print to Internet bulletins” (Parrott, 1996, p. 275).

De acordo com o objectivo específico de cada estudo encetado nesta área, existe uma miríade de métodos específicos que podem ser aplicados para analisar os discursos difundidos pelos *mass media*. No entanto, a maior parte da investigação adopta uma abordagem assente numa análise de conteúdo, conceptualizada como descritiva e quantitativa, ou numa abordagem interpretativa-crítica, concebida como explicativa e qualitativa. Em teoria, estas duas abordagens são geralmente tratadas como dicotómicas, embora, na prática, a fronteira entre uma e outra seja muitas vezes ténue (Kline, 2003).

No nosso trabalho, dados os objectivos do estudo e o espaço temporal em análise (de 1990 a 2004) e, por conseguinte, a dimensão do *corpus* que constitui a amostra de artigos de imprensa escrita, optou-se por uma análise de conteúdo quantitativa longitudinal. Esta técnica consubstancia-se na categorização sistemática do significado simbólico das mensagens, no sentido de serem feitas inferências a partir de certos elementos sobre o fenómeno em estudo que não pode ser directamente observado (Berelson, 1952; Krippendorff, 1980). Com efeito, um dos principais benefícios que se

pode retirar da análise de conteúdo é o facto de esta poder ser aplicada sobre material empírico que não foi produzido deliberadamente no âmbito de uma estratégia de investigação (Vala, 1986), sendo o material em análise, neste caso, os artigos informativos sobre o sistema de saúde na imprensa em Portugal. Mais concretamente, o objectivo deste método consiste em identificar categorias temáticas generalizáveis e replicáveis reflectidas no discurso sobre um assunto específico. Desta forma, uma das características que define a análise de conteúdo é o facto de as categorias temáticas serem definidas e operacionalizáveis antes da sua aplicação e interpretação dos resultados, com níveis de objectividade que podem ser comparados à análise científica de um inquérito por questionário com perguntas fechadas (Singleton, Straits, & Straits, 1993): em que em vez de se administrar individualmente um conjunto de questões junto de uma amostra de indivíduos, “pergunta-se” a cada texto analisado pela existência de um conjunto de categorias mutuamente exclusivas que o irá caracterizar através da sua codificação. Posteriormente, é construída uma base de dados que inclui a codificação de todos os documentos que constituem a amostra, possibilitando assim um tratamento quantitativo e estatístico dos dados, que permitirá, caso essa amostra tenha sido construída com critérios apropriados para o efeito, retirar resultados e chegar a conclusões que podem ser generalizáveis para uma dada realidade social.

Uma análise de conteúdo quantitativa envolvendo uma quantificação sistemática de frequências de categorias num conjunto de textos, que são depois trabalhados e analisados estatisticamente, possibilita a detecção de padrões de mensagens numa ampla quantidade de material num período de tempo igualmente extenso, que de outra forma permaneceriam desconhecidos se se utilizassem técnicas de análise de conteúdo em profundidade (Berelson, 1952). No entanto, esta enumeração de categorias e padrões de informação tem maior dificuldade em produzir uma análise mais detalhada ao nível das micro-propriedades da linguagem utilizada, assim como tem maior dificuldade em desconstruir pormenorizadamente a formação dos discursos e ideologias<sup>35</sup> expressos nos textos informativos, análises só possíveis em quantidades de material muito limitadas. Apesar do objectivo primordial deste tipo de método consistir na dissecação dos artigos de imprensa escrita (ou unidades de registo) e na procura de semelhanças, oposições e regularidades, há que ter presente, no entanto, que a técnica quantitativa em geral tem

---

<sup>35</sup> O termo ideologia é aqui utilizado num sentido neutro, isto é, como definição de um sistema abstracto de partilha de crenças, imagens ou conceitos que estruturam a vida quotidiana e que ajudam os indivíduos a atribuírem sentido ao que os rodeia.

uma variante qualitativa que possibilita a análise das estruturas do discurso e a sua contextualização (VanDijk, 1983, 1988). Ao carácter descritivo dos elementos mais salientes inscritos nos discursos que é próprio da natureza do método, essa variante qualitativa permite assim colmatar alguma falta de profundidade que pode ser atribuída a este tipo de análise quantitativa.

Com efeito, como refere Berelson (Vala, 1986), esta técnica possibilita a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo patente da comunicação, mas vai muito para além disso; de acordo com Krippendorff (citado em Vala, 1986, p. 103) a análise de conteúdo “é uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto”. É a inferência que permite a ultrapassar a descrição, com base numa lógica explicativa sobre as mensagens cujas características foram inventariadas, sistematizadas e organizadas analiticamente para a interpretação (Bardin, 1988; Vala, 1986). Para Vala (1986, p. 126), contudo, “não há análise de conteúdo sem uma boa teoria. Não há modelos ideais em análise de conteúdo. As regras do processo inferencial que subjaz à análise de conteúdo devem ser ditadas pelos referentes teóricos e pelos objectivos do investigador.” A análise de conteúdo permite assim fazer inferências sobre a fonte e as circunstâncias em que foi produzido o material objecto de análise, ou até, por vezes, sobre o receptor ou destinatário das mensagens.

Na utilização deste tipo de método extensivo, na linha de investigação no âmbito do *agenda-setting* que contempla os temas e os tópicos seleccionados pelos *mass media* na construção da sua agenda, “analisa-se as unidades temáticas, os conhecimentos de carácter colectivo massivamente disseminados e as prioridades que os media estabelecem no âmbito da sua agenda temática”, bem como as características que lhes estão subjacentes (Saperas, 1994, p. 61).

Para proceder a essa espécie de cartografia da composição da agenda mediática em termos globais ou dentro de uma área específica, um conceito surge como central: o de *saliência*, conceito que deve guiar a análise e que é avançado por forma a estabelecer uma diferença clara com o que se entendia por conteúdo das notícias. Se a partir da análise de conteúdo clássica, proposta por Berelson (1952), se poderia reconstruir o conteúdo de um texto e, a partir daí, antever o tipo de opinião ou atitude que o mesmo incutiria no leitor, a análise da “saliência” identifica os *itens* de conteúdo ou de actualidade ou temáticos, isto é, as notícias que são o resultado da acção selectiva dos *mass media* na construção da sua agenda, que é precisamente o que se pretende no

presente estudo. Em virtude de alguma indefinição conceptual e terminológica ao nível da teoria do *agenda-setting* (Saperas, 1994), o conceito de *salience* é por vezes substituído pelo conceito de *issue* (Traquina, 1995).

A análise de conteúdo longitudinal da cobertura do sistema de saúde pela imprensa escrita engloba dois níveis: 1) estabelecer um indicador da intensidade da cobertura ao longo do período em análise, tentando identificar os períodos de tempo em que esses assuntos estão mais presentes na imprensa; 2) caracterizar essa cobertura jornalisticamente e através da apreensão dos conteúdos veiculados no que respeita aos assuntos abordados, aos actores envolvidos, às fontes mencionadas, bem como evidenciar as relações que os diferentes conteúdos estabelecem entre si, construindo para o efeito uma grelha de análise que permitirá um tratamento quantitativo dos dados. Os perfis encontrados relativos a esses conteúdos veiculados pelos *mass media* providenciam uma estrutura faseada definida com base nos picos e contornos da cobertura feita ao longo do tempo com base num conjunto de códigos comuns. Em cada fase, os perfis comparam de forma sistemática a estrutura da cobertura sobre os conjuntos de variáveis das diferentes dimensões. Isto permite caracterizar e comparar as mudanças na visibilidade do sistema de saúde ao longo do período em análise. Desta forma, a análise de conteúdo não só possibilita saber a frequência com que determinados objectos são identificados no material analisado, como também permite analisar as relações entre os diferentes objectos.

Na globalidade, procura-se assim perceber, no quadro do processo de selecção dos acontecimentos e de fabricação das notícias que conduzem os *mass media* a definir a atenção pública, qual o relevo concedido pela imprensa escrita ao sistema de saúde em Portugal. A codificação é crucial neste processo, sendo constituída por um conjunto de categorias (*coder questions*) que devem ser procuradas em cada texto em análise (em cada caso), permitindo a sua interpretação de uma forma sistemática e comparável. As unidades de registo, isto é, o “segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria” (Vala, 1986, p. 114), são de natureza semântica, que correspondem a temas ou unidades de informação que se reportam às variáveis analisadas.

De uma forma geral, sobretudo em estudos pioneiros, a construção de uma grelha para a análise de conteúdo longitudinal não se afigura uma tarefa fácil. A construção e a necessária validação implicam a passagem por uma série de etapas a fim de estabelecer as dimensões analíticas e a exequibilidade das variáveis que se pretendem

operacionalizar, confrontando obviamente de uma forma directa com o enquadramento teórico-metodológico definido e com os objectivos do estudo. Nos estudos sobre a imprensa escrita (ou sobre outros *mass media*), a definição das diferentes categorias dentro de cada uma das variáveis deve ser realizada *a posteriori* em confronto com o material objecto de análise, não devendo nenhum pressuposto teórico rígido orientar a composição das categorias (Vala, 1999: 113).

Assim, com base numa análise de conteúdo prévia de carácter exploratório, foi sendo construída uma grelha através de um processo cumulativo estruturado para a definição das regras de contagem e escolha das categorias de codificação que é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades que irão possibilitar uma descrição precisa das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 1988). Essa grelha foi testada e replicada sucessivas vezes a uma amostra mais restrita do *corpus* de análise, no sentido de encontrar todas as categorias necessárias para cada variável que cobrissem de forma exaustiva todas as codificações possíveis e que fossem mutuamente exclusivas. Estabilizada e concluída a construção da grelha de análise,<sup>36</sup> procedeu-se então à codificação do total do material constitutivo do *corpus* de análise, que originou uma base de dados a partir da qual foram realizados todos os tratamentos estatísticos necessários, devidamente interpretados e contextualizados.

#### *Definição do corpus de análise*

Os jornais são um entre vários tipos de *mass media* clássicos e modernos a desempenhar um papel importante na compreensão e nas representações sobre o sistema de saúde, através da capacidade que têm para fornecer quotidianamente informação sobre esta área tão importante da vida social junto de um público abrangente. Os textos recolhidos na imprensa escrita são uma fonte importante para a investigação cultural e social, tendo vindo essa informação a ser considerada em várias áreas das ciências sociais como importantes barómetros para dar conta de processos sociais específicos (Jensen & Jankowski, 1991). A investigação na linha do *agenda-setting* diz-nos que, em comparação com a informação televisiva, a agenda da imprensa escrita é dotada de um “perfil alto”, isto é, não remete apenas para a simples estruturação de uma ordem do dia de temas e problemas, mas antes para a determinação, no público, de conjuntos de conhecimentos precisos. Isto porque, sendo menos

---

<sup>36</sup> Ver grelha de análise em anexo.

fragmentária e possuindo maior capacidade para fixar o contexto dos acontecimentos, “a informação escrita fornece aos leitores uma indicação de importância sólida, constante e visível”, enquanto as notícias televisivas “são demasiado breves, rápidas, heterogêneas e ‘acumuladas’ numa dimensão temporal limitada, isto é, demasiado fragmentárias para terem um efeito de agenda significativo [em termos de] uma eficácia cognitiva duradoura” (Wolf, 1995, p. 131).

Na impossibilidade de analisar todos os títulos da imprensa escrita em Portugal, o que originaria um *corpus* de análise muito extenso para o espaço temporal requerido, mesmo recorrendo a uma amostra representativa, optou-se por escolher três órgãos de informação representativos de distintos tipos de jornalismo na procura de semelhanças e diferenças na atenção e na forma como cada um deles trata os diversos assuntos relacionados com o sistema de saúde: dois jornais diários matutinos nacionais, o “Público” (PUB) e o “Correio da Manhã” (CM), bem como um semanário, o “Expresso” (EXP). Estes três títulos informativos cobrem o país de um modo relativamente completo em termos geográficos e sociais, sendo dos mais lidos em Portugal. O PUB (fundado em 1990), é considerado um jornal de referência lido por todo o país, mas com o maior número de leitores nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, enquanto o CM, fundado em 1980, é um jornal popular, mais lido na área da Grande Lisboa e Vale do Tejo, no Sul e no Centro. O “Expresso” é o mais antigo semanário português (fundado em 1975), de grande implantação nacional, com especial incidência nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, e é tido também como um órgão de informação de referência; todos são dos títulos com maior circulação dentro do tipo a que pertencem (Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação - APCT).

A imprensa de referência caracteriza-se por ser de âmbito nacional e centra-se sobretudo no tratamento de temas políticos (tanto nacionais como internacionais), económicos, sociais e culturais, distinguindo-se pela sobriedade e pelo distanciamento das abordagens na forma como conduz o trabalho jornalístico. Procura ao mesmo tempo dedicar mais espaço à reflexão e ao comentário realizado por analistas do que outro tipo de jornais. O grafismo tende a ser igualmente sóbrio, podendo adoptar vários formatos quanto ao *design* e tamanho, embora o formato *broad-sheet* esteja tradicionalmente mais associado à imprensa de referência (Mesquita & Rebelo, 1994). No que se refere aos conteúdos, a imprensa de referência procura cativar audiências com base numa conceptualização mais elaborada e reflexiva, com artigos mais extensos e de continuidade,

valorizando assuntos mais complexos de cariz político e económico de âmbito nacional e internacional (Penedo, 2003).

Quanto à imprensa popular, os processos políticos, os desenvolvimentos económicos e as mudanças sociais tendem a assumir menos importância nas suas edições, dando maior relevo a outros assuntos relacionados com o entretenimento popular, o desporto, a vida pessoal e privada, sejam celebridades ou pessoas comuns, e os escândalos, procurando cativar o público com conteúdos informativos reduzidos, menos aprofundados e menos problematizados, recorrendo com maior frequência à imagem (Penedo, 2003; Sparks, 2000). Em suma, enquanto a imprensa de referência se dirige, principalmente, à opinião pública dirigente, a imprensa popular visa, sobretudo, a opinião pública generalizada (Mesquita & Rebelo, 1994).

O *corpus* de análise será assim constituído por uma amostra probabilística estratificada por jornal e ano de 1 de Janeiro de 1990 a 15 de Setembro de 2004, data em que o SNS completou 25 anos, correspondendo assim a amostra aos últimos 15 anos do período de existência dos SNS: (45 edições (PUB) + 45 edições (CM))<sup>37</sup> + 13<sup>38</sup> edições (EXP) = 103 edições/ano x 15 anos = 1545 edições. A análise recaiu sobre as edições completas de cada edição e não apenas sobre o caderno principal, embora no caso do jornal PUB, a edição contemplada se refira à de Lisboa, o que poderá resultar numa sobrerepresentação de informação desta área geográfica em detrimento de outras devido à secção Local. A construção da amostra com base nas edições justifica-se pelo facto de em Portugal não existir uma base de dados com a indexação de artigos que publicados na imprensa, semelhante ao LEXIS/NEXIS para a língua inglesa, que permita procurar artigos por palavras-chave e assim obter o universo de artigos sobre uma determinada área temática para um período específico de análise e, a partir daí, construir uma amostra de artigos. Assim, optou-se por construir a amostra tendo como base não o total de artigos publicados sobre o sistema de saúde, dado que não existia a possibilidade *a priori* de se saber qual o universo, mas sim o número de edições de cada órgão de comunicação social, estratificado por ano e por cada órgão aleatoriamente para os 15 anos em análise. Depois de seleccionadas as edições a ser consultadas por inteiro, foram retirados todos os artigos publicados dentro de cada edição sobre o sistema de saúde português.

---

<sup>37</sup> 25% de 364 dias.

<sup>38</sup> 25% de 52 dias/ano (sábados) para o semanário “Expresso”.

As *unidades de contexto* em análise, isto é, “o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina” (Vala, 1986, p. 114) referem-se a todos os artigos cujo conteúdo se relacione de alguma forma com o sistema de saúde em Portugal, quer directa, quer indirectamente. Os temas abrangidos vão desde as políticas de saúde e administração do sistema, o funcionamento e o acesso, a gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde, as infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, aos temas laborais e sócio-profissionais, passando pela formação de recursos humanos, pelos assuntos sobre a negligência médica e de serviços, pelo sistema farmacêutico e medicamentos, pela prevenção e promoção da saúde e pelos temas sobre ciência e tecnologia, bem como as “estórias” com um enfoque individual relacionado com a saúde e a doença. Os artigos que se refiram a temas de saúde que não estejam relacionados de alguma forma com o contexto português não entraram na amostra (por exemplo, uma notícia sobre um nova terapêutica para o tratamento de uma doença só fará parte da amostra se essa notícia fizer referência explícita à realidade portuguesa onde essa terapêutica possa estar já, ou vir a ser, aplicada).

A selecção de artigos publicados nos três títulos de imprensa originou um *corpus* de análise de 2781 unidades entre 1990 e 2004: 1196 artigos do jornal PUB (43%); 1321 artigos do jornal CM (47,5%); e 264 artigos do semanário EXP (9,5%).



## Capítulo 6

### Intensidade da cobertura e caracterização do trabalho editorial

#### *Intensidade informativa*

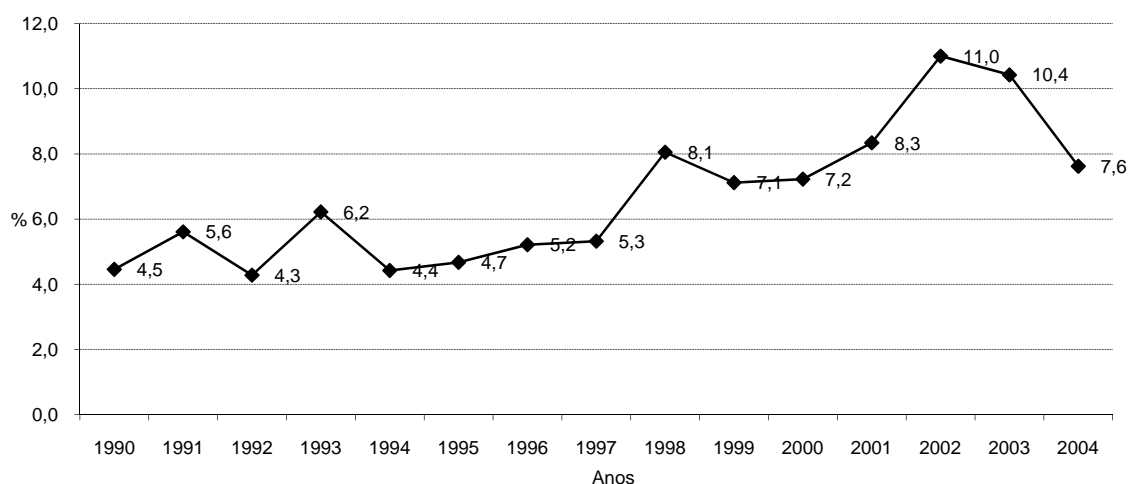
Conforme nos indicam diversos estudos, parece não existir escassez de temas médicos e de saúde nos meios de comunicação social, observando-se uma tendência de crescimento da presença deste tipo de informação nos últimos anos. Como vimos, a cobertura da saúde e da medicina evoluiu de uma colecção de peças jornalísticas apresentadas ao acaso e sem grande continuidade, feitas essencialmente por jornalistas sem grande experiência ou formação específica nesta área, para uma permanência continua nos vários tipos de órgãos de informação, generalistas ou especializados, assente em trabalhos jornalísticos especializados realizados por profissionais dedicados à área (Case, 1994b; Seale, 2002).

Mais especificamente, a visibilidade do sector da saúde, no que respeita ao funcionamento do sistema e às políticas públicas a ele associadas, tem ganho também uma proeminência crescente nos meios de comunicação social, quer sob a forma de trabalho jornalístico corrente, como notícias e reportagens, quer sob a forma de artigos de opinião de actores sociais provenientes das mais variadas áreas que com ele se relacionam (editoriais, colunas de opinião, etc.). Os temas retratados são dos mais variados e vão desde as políticas de saúde e as reformas do funcionamento e gestão do sistema, até ao acesso a equipamentos e serviços de saúde, passando pelos assuntos relacionados com o financiamento, os recursos técnicos e humanos, os medicamentos, os avanços científicos e tecnológicos associados à medicina, a promoção da saúde e a prevenção da doença, entre outros.

Essa mesma tendência pode também ser encontrada no panorama da imprensa escrita em Portugal, sobretudo a partir de 1997, se atendermos aos resultados obtidos na amostra aqui analisada constituída por três órgãos de informação da imprensa escrita: *Público* (PUB), *Correio da Manhã* (CM) e *Expresso* (EXP).

Como se observa no gráfico que mostra a evolução do número de artigos sobre o sistema de saúde publicados nos três meios de comunicação social que compõem a amostra entre os 15 anos que medeiam entre 1990 e 2004, a permanência dos assuntos sobre o sector da saúde sofre uma tendência mínima de crescimento nos 8 primeiros anos de análise (de 4,5% para 5,3%), se exceptuarmos 1991 e 1993 (5,6% e 6,2% respectivamente), onde a percentagem de artigos se eleva devido a acontecimentos muito particulares ocorridos nesses anos, como mais à frente se verá. Em 1998 o número de artigos encontrados sobe para 8,1%, decaindo ligeiramente nos dois anos seguintes para 7,1% e 7,2%, para voltar a subir para 8,3%, configurando assim um período intermédio de intensidade de cobertura noticiosa sobre temas de saúde. Um terceiro período de maior frequência de artigos inicia-se em 2002, permanecendo praticamente idêntico no ano seguinte (11% e 10,4% respectivamente), para descer para 7,6% no último ano. Esta diminuição fica-se a dever ao facto de a recolha da amostra terminar em 15 de Setembro de 2004,<sup>39</sup> deixando assim mais de um trimestre de fora cuja recolha de material noticioso certamente contribuiria para elevar esse número para perto dos valores dos dois anos anteriores.

**Figura 3:** Artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP de 1990 a 2004<sup>40</sup>



Durante o período em análise, o CM foi o jornal que mais artigos publicou sobre o sector da saúde, com 47,5%, seguindo-se o PUB com 43,0%. O EXP, por ser semanário, apenas somou 9,5% no total de artigos encontrados que constituem a amostra. Como referido no capítulo metodológico, a escolha incidiu nestes três títulos

<sup>39</sup> Data em que o SNS completou 25 anos.

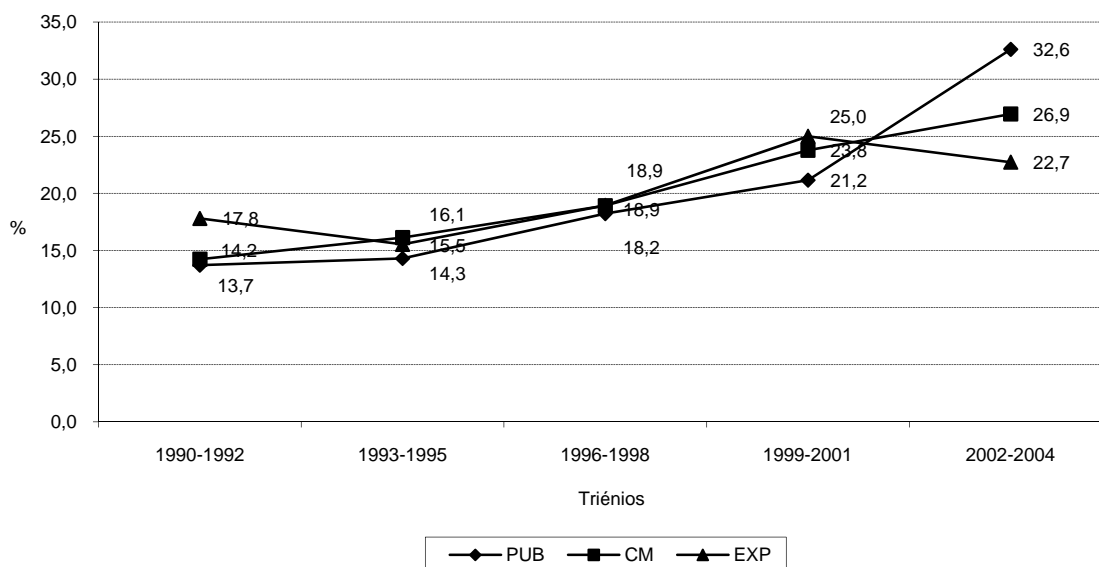
<sup>40</sup>  $p=0,000 \leq 0,05$

por cada um deles representarem uma forma de fazer jornalismo (embora sujeitas a fórmulas híbridas com influências de cada uma delas), em que o PUB corresponderia a um exemplo do chamado jornal de referência, o CM pode ser classificado como sendo um jornal de cariz mais popular, e o EXP por ser semanário. No seu conjunto, estes três jornais caracterizariam o panorama geral da imprensa em Portugal, nomeadamente no que se refere ao conteúdo informativo sobre o sector da saúde. Face a estes resultados encontrados, e comparando apenas o que é comparável em termos de periodicidade e de volume de informação, observa-se que o jornal de cariz popular tende a ser aquele que mais se interessa por questões ligadas à saúde, ainda que de forma pouco expressiva. Se analisarmos, em termos relativos, a evolução da frequência do número de artigos por triénios,<sup>41</sup> verifica-se que o PUB sempre foi o jornal com menos matéria informativa sobre assuntos relacionados com o sistema de saúde até ao final de 2001.

Esta tendência inverte-se de forma algo marcada no último triénio (2002-2004), passando a ser o PUB que mais atenção deu a este tipo de temas, com 32,6%, seguindo-se o CM com 26,9% e o EXP com 22,7%. Antes deste último triénio, a evolução da cobertura do sector da saúde foi de certa forma idêntica entre os três jornais, embora o EXP tenha sido aquele que começou por atribuir maior importância à publicação destes assuntos e que se manteve até 2001, com excepção do segundo triénio (1993-1995), para acabar por ser o que menos notícias deu sobre saúde. Esta supremacia do EXP em termos relativos deve-se ao facto de os semanários terem como estratégia editorial tentar abarcar todas as áreas do social em cada número publicado, não estando tão sujeitos à disponibilidade de acontecimentos que ocorrem no dia a dia para serem noticiados. O CM foi o jornal que mais cresceu e de forma contínua na atenção dada à saúde ao longo dos 15 anos de análise. É de notar, assim, que o relativo equilíbrio no conjunto da informação entre os dois diários no que respeita à cobertura do sector da saúde no período analisado, como referido acima, dá-se sobretudo pela subida acentuada do jornal PUB no último triénio.

---

<sup>41</sup> A divisão em triénios aqui operada corresponde sensivelmente aos ciclos políticos descritos no Capítulo 4: governos PSD até Outubro de 1995; governos PS entre Outubro de 1995 a Março de 2002; e governo PSD de Março de 2002 até ao fim da análise da cobertura mediática.

**Figura 4:** Artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio<sup>42</sup>

Durante quase todo o período em análise, o CM foi sempre o diário que mais atenção deu aos assuntos relacionados com o sistema de saúde, ajudando assim a confirmar a ideia de que os quotidianos populares tendem a importar-se mais com esse tipo de matérias, como forma de cativar audiências (Harpwood, 2008). Apesar de não existir uma diferença muito acentuada em termos quantitativos entre os dois diários, é no entanto necessário analisar se isso também se traduz em termos qualitativos, isto é, se os assuntos e a forma como são tratados surgem de forma idêntica nos dois diários ou, pelo contrário, se existe maior apetência por temas específicos em detrimento de outros e se temas idênticos são trabalhados de igual forma, em termos de conteúdo e de ênfase dada a determinados elementos informativos. É também necessário verificar quais as características da informação que catapultou o jornal PUB para principal veículo de notícias sobre o sector da saúde no último triénio de análise. Estas diferenças e semelhanças serão analisadas mais à frente.

### **Organização editorial**

A saliência dos diversos temas na cobertura mediática é, como vimos, o conceito mais elementar no estudo do processo de *agenda-setting*, que se consubstancia essencialmente em função da frequência com que esses temas são abordados (Cappella & Jamieson, 1997). No entanto, outros aspectos também podem ser considerados que

<sup>42</sup>  $p=0,025 \leq 0,05$

contribuem para definir e potenciar essa saliência, isto é, para moldar a intensidade do *agenda-setting*, embora a análise do seu impacto junto do público tenha sido secundarizada na maioria dos estudos realizados (McCombs, 1996). Na imprensa, tal como acontece nos restantes tipos de meios de comunicação,<sup>43</sup> informações secundárias tais como a localização e o tamanho do artigo, a composição do título e o *lettering* escolhido, as fotografias ou outros grafismos, entre outros, contribuem para definir a atenção que os leitores irão dispensar a esses conteúdos informativos e o conhecimento que deles podem retirar, dado que daí pode também ser inferida a importância dessa informação (Althaus & Tewksbury, 2002).

Em termos de exposição e organização dos assuntos relacionados com o sistema de saúde, que corresponde à forma como a imprensa lhes pretende atribuir maior ou menor destaque, quase três quartos (72,1%) dos artigos surgem em páginas interiores do jornal, sem particular relevo na maioria dos casos. No entanto, muitos destes artigos correspondem a destaques nas primeiras páginas do jornal ou de suplementos. É precisamente este tipo de páginas que, a seguir, maior volume de informação têm sobre o sector, com 12,9% de artigos a figurarem nas páginas de capa de secção ou suplemento, e 7,6% a serem alvo do maior destaque que um periódico pode conceder a um determinado assunto que é surgir na primeira página.<sup>44</sup> Por fim, 3,8% das notícias são colocadas logo na segunda ou terceira página do jornal, e 3,5% na contra-capas.

**Quadro 1:** Tipo de página/exposição dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP

<b>Tipo de página/exposição</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Página de capa	211	7,6
Contra-capas	98	3,5
Página de capa de secção ou suplemento	360	12,9
Segunda ou terceira página	107	3,8
Página interior (meio do jornal)	2005	72,1
Total	2781	100

Analisando a forma como as matérias sobre saúde foram sendo organizadas ao longo dos quinze anos pelas secções<sup>45</sup> que foi possível identificar<sup>46</sup> nos três jornais,

<sup>43</sup> A respeito da influência destes indicadores no processo de *agenda-setting* televisivo ver Iyengar & Kinder (1987)

<sup>44</sup> A análise do conteúdo das páginas de capa mereceu um tratamento diferenciado pela importância editorial de que se reveste para a imprensa escrita, podendo ser encontrada mais à frente neste trabalho num capítulo autónomo. Todos os dados apresentados neste capítulo daqui em diante excluem assim os 211 artigos que fazem parte das primeiras páginas, o que perfaz uma amostra de 2570 unidades de análise.

<sup>45</sup> Ver Quadro 1 em anexo.

tentando para isso harmonizar aquelas que são equivalentes dentro de cada jornal e entre eles ao longo do tempo, verifica-se que perto de metade dos artigos encontrados (49,3%) fazem parte da secção *Sociedade* comum aos três jornais (PUB, CM e EXP). Seguidamente, 12,9% fazem parte da secção *Local* (PUB) e 7,1% surgem em secções dedicadas à publicação de artigos de opinião (PUB, CM e EXP).<sup>47</sup> As secções que podem ser designadas por *Nacional/País* (PUB, CM e EXP) juntam 7% de notícias, enquanto que a *Última Página* (PUB, CM e EXP) dá espaço a 5,6%, seguindo-se a secção *Destaque* (PUB) que colhe 4,2% de artigos. A secção *Saúde* (PUB e CM) e as secções relacionadas com economia e negócios (PUB, CM e EXP) contêm 3,6% e 3,0% de artigos respectivamente. As secções de actualidade (CM e EXP) somam 2,4%. A secção *Semana* (EXP), *Educação* (PUB) e *Política* (PUB, CM e EXP) têm 1,9%, 1,3% e 1,1% de notícias respectivamente. Apenas 0,2% figuram em secções relacionadas com *media* (PUB). Os restantes 0,4% foram classificados como pertencentes a outras secções (PUB, CM e EXP) sem expressão estatística.

Daqui pode concluir-se que as notícias sobre o sistema de saúde tendem a ser classificadas e organizadas em secções destinadas a assuntos de largo interesse nacional (ou local mas cujo o interesse é abrangente para essas populações) e social e menos em secções dedicadas a temas especiais ou de classificação mais restrita em termos de conteúdo e de interesse para os leitores, como por exemplo, a própria secção dedicada à saúde.

### ***Formato***

Como seria de esperar, o maior volume de material informativo encontrado refere-se a notícias com 79,7%, seguindo-se as reportagens com 10,9%. Tal como a notícia, o objectivo da reportagem é informar os leitores sobre algum tipo de acontecimento. Se na primeira a informação sobre um qualquer assunto é exposta de forma mais resumida, geralmente um acontecimento, cujo valor principal reside na novidade e no registo dos factos, a reportagem possui uma estrutura diferente, tratando geralmente o assunto de uma forma mais aprofundada e constituindo-se como relato ampliado de um ou mais acontecimentos com uma componente investigativa mais acentuada.

---

<sup>46</sup> Em 29,2% do total dos artigos encontrados que constituem a amostra não foi possível classificar a secção a que pertenciam por não estarem referenciadas na página fotocopiada que era retirada para amostra. 7,6% referem-se ainda às primeiras páginas.

<sup>47</sup> Estas secções dividem-se entre os espaços destinados à publicação de cartas de leitores e comentários de pessoas exteriores ao jornal e os espaços destinados a crónicas, colunas e comentários regulares de individualidades pertencentes ou contratados pelo jornal.

Os artigos de opinião, que englobam cartas de leitores debruçando-se sobre o tema da saúde e outros textos de comentário de individualidades que não escrevem habitualmente para nenhum jornal, somam 4,2%. As entrevistas que permitem ao leitor conhecer opiniões e ideias de pessoas envolvidas em determinados assuntos relacionados com o sector da saúde ascendem a 2,7%. Com 2,0% surgem as crónicas, colunas ou comentários regulares, assinados geralmente por personalidades que escrevem com uma periodicidade fixa, cujo tema da opinião esteja relacionado com os diversos temas no âmbito do sistema de saúde. Muito poucos, apenas 0,3%, foram os editoriais escritos ao longo dos quinze anos de análise. O baixíssimo número de editoriais, que são textos da responsabilidade da direcção da publicação onde é expressada a opinião oficial do jornal sobre os acontecimentos de maior relevo (baseiam-se normalmente nos assuntos principais abordados em cada edição), vem demonstrar que ao longo do tempo os diversos assuntos que podem ocorrer no sector da saúde não têm sido muitas vezes matéria central na imprensa enquanto tema forte principal de edições particulares. Quase sem expressão (0,2%) surgem outros formatos que não se adequaram a nenhuma das classificações.

**Quadro 2:** Formato dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP

<b>Formato</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Notícia	2044	79,7
Reportagem, investigação, trabalho de fundo	280	10,9
Entrevista	68	2,7
Editorial	8	0,3
Crónica, coluna, comentário regular	51	2,0
Opinião, carta de leitor, comentário de personalidades exteriores ao jornal	107	4,2
Outro	6	0,2
Total	2564	100,0

A distribuição de alguns destes tipos de formatos de matérias jornalísticas não é uniforme ao longo do tempo.<sup>48</sup> As notícias são, comparativamente com os restantes formatos, mais frequentes no triénio 1999-2001, enquanto as reportagens sobre saúde existem sobretudo entre 1993 e 1995, ao contrário do último triénio que foi o período em que menos foram publicadas de forma significativa. O interesse em entrevistar pessoas relacionadas com o sector da saúde dá-se sobretudo entre 2002 e 2004, tendo vindo a subir progressivamente desde o primeiro triénio em análise que é o período em que menos entrevistas existem. Os artigos de opinião de pessoas exteriores ao jornal e

<sup>48</sup> Ver Quadro 2 em anexo.

as cartas de leitores existem sobretudo entre 1996 e 1998, ao contrário do triénio seguinte, em que a percentagem foi significativamente mais baixa. As crónicas, colunas ou comentários regulares e os editoriais foram constantes ao longo do tempo, o que significa que em tempos de maior atenção sobre o sistema de saúde devido a acontecimentos particulares, estes nunca proporcionaram tomadas de posição por parte dos jornais por não serem considerados os grandes problemas do momento em comparação com outros acontecimentos.

Se analisarmos a distribuição dos vários formatos pelos três jornais que constituem a amostra,<sup>49</sup> é possível verificar que o EXP é o que menos notícias publica em termos relativos e o que mais publica reportagens. O CM é o que mais recorre a entrevistas e o que publica menos textos opinativos de qualquer tipo, seja de opinião de pessoas exteriores ao jornal e cartas de leitores, sejam crónicas e colunas regulares, sejam editoriais. O PUB foi o que publicou menos entrevistas e o que mais tem publicado crónicas e colunas de comentário regular produzidas pelos seus colaboradores externos que escolhem com mais frequência temas relacionados com o sistema de saúde como matéria de opinião.

### ***Autoria***

Quanto à autoria dos artigos, o dado que desde logo ressalta tem que ver com a não identificação dos jornalistas que os escrevem: cerca de metade (48,9%) dos trabalhos jornalísticos não é assinado, nem individualmente nem em conjunto, sendo mais comum em particular nos primeiros seis anos de análise (de 1990 a 1995)<sup>50</sup> e no CM;<sup>51</sup> Menos de metade (40,1%) são assinados por jornalistas de cada um dos três órgãos de comunicação social (mais comum no último triénio 2002-2004 e menos nos dois primeiros 1990-1992 e 1993-1995) com especial incidência no PUB.

As agências noticiosas são o recurso seguinte para a publicação de material informativo sobre o sistema de saúde, sendo-lhes imputadas 3,3% das notícias encontradas. Contrariando a tendência segundo a qual os jornais, nas mais diversas temáticas, se valem cada vez menos, desde o final da década de 1980 da publicação de notícias integrais oriundas de agências sem qualquer aprofundamento (Peixeiro & Ferreira, 1988), o número deste tipo de peças relacionadas com o sistema de saúde tende

---

<sup>49</sup> Ver Quadro 3 em anexo.

<sup>50</sup> Ver Quadro 4 em anexo.

<sup>51</sup> Ver Quadro 5 em anexo.



a aumentar, ocorrendo menos entre os anos 1990 e 1998 para crescer nos últimos seis anos, muito em particular no último triénio (2002-2004), período em que se observou uma maior dependência informativa em relação às agências, mais característica do jornal PUB no conjunto dos três órgãos de comunicação.

**Quadro 3:** Autoria dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP

Tipo de autor	n	%
Não identificado	1258	48,9
Jornalista	1031	40,1
Director /editor de jornal	13	0,5
Colunista / comentador regular	49	1,9
Agência noticiosa	85	3,3
Leitor	59	2,3
Personalidade exterior ao jornal	75	2,9
Total	2570	100,0

Os textos de comentário e opinião de individualidades, e as cartas de leitores<sup>52</sup> somam 2,9% e 2,3% respectivamente, enquanto os comentadores regulares surgem a seguir com 1,9%. Refira-se que é apenas no final da década de 1980 que a opinião se generaliza enquanto secção temática no panorama da imprensa escrita nacional, consolidando-se nos anos 1990 (Figueiras, 2000). Apesar do aumento significativo da contratação de “produtores de opinião” (Oliveira, 1995) por parte dos jornais, considerava-se na altura que o espaço de opinião estabelecido não era sinónimo de pluralidade da opinião publicada, dado o peso dos políticos no conjunto dos *opinion makers* ser muito elevado, comparativamente com outras ocupações. Mais recentemente, apesar da maior abertura a outros sectores da sociedade, a transmissão da opinião qualificada continua a estar de certa forma dificultada, dado o número relativamente baixo de comentadores existentes a quem é dada visibilidade que transitam pelos diversos órgãos de comunicação social sem que exista uma notória renovação desses nomes, num movimento circular de acreditação mediática e reconhecimento público, entregue a alguma elite política, universitária ou, em menor número, jornalística (Horta, 2005; Oliveira, 1995). Esta relativa novidade e falta de pluralidade de comentadores no espaço público pode ajudar a explicar em parte o baixo número de artigos de opinião sobre uma área tão sensível com a da saúde.

<sup>52</sup> A categoria “leitor” refere-se a indivíduos que assinam os comentários publicados apenas com o seu nome e localidade de residência; não escrevem enquanto agentes pertencentes a alguma actividade ou entidade ligada ao sector da saúde.

As peças assinadas pelos directores e editores de jornal (0,4%) são praticamente inexistentes. No entanto as que existem pertencem na sua quase totalidade ao jornal PUB, concentrando-se a metade do total desses artigos nos últimos três anos (2002 a 2004) e a seguir nos três primeiros (1990 a 1992).

De entre as personalidades que utilizam os jornais para, ocasionalmente, colocarem as suas opiniões e defenderem os seus pontos de vista e interesses, assinando comentários e artigos de opinião a título individual ou em nome de uma organização, os médicos são quem mais escreve, enquanto profissionais e a título individual (com 31,1% de textos assinados), seguindo-se os especialistas e académicos pertencentes a instituições universitárias e de investigação que trabalham sobre saúde (25,7%). Seguidamente, surgem os dirigentes de unidades de prestação de cuidados de saúde (10,8%) e actores ligados à indústria farmacêutica (8,1%). As personalidades com cargos políticos, por um lado, e os sindicalistas, por outro, assinaram o mesmo número de textos publicados na imprensa, com 6,8%. Os textos de opinião escritos por actores ligados a ordens e a associações sócio-profissionais e de especialidades ascendem a 4,1%. Por fim, quase sem expressão, surgem ainda actores ligados a entidades judiciais/policiais (2,7%) e a associações de doentes (1,4%). Os restantes 2,5% são escritos por outros actores dos mais variados quadrantes.

### ***Dimensão do espaço ocupado***

O volume da informação sobre o sistema de saúde não se mede apenas pela cadência com que os artigos surgem nos meios de comunicação social no dia a dia mas também pelo desenvolvimento dos assuntos e do espaço que ocupam em cada edição. Como se pode observar, a maioria do material jornalístico encontrado no período em análise (53,3%) é de pequenas dimensões. Mais de um quarto são artigos de tamanho médio (28,9%) e os restantes 17,7% de grande dimensão.<sup>53</sup>

O número de artigos sobre os diversos temas relacionados com o sector da saúde tem vindo a aumentar ao longo do tempo como vimos anteriormente, mas a proporção em relação ao tamanho dos artigos continua a ser a mesma, não se registando diferenças significativas da distribuição dos artigos em termos de dimensão triénio após triénio.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Foram classificados como artigos pequenos todos os que ocupam cerca de um quarto de página ou menos; artigos médios os que têm entre um quarto de página e metade de página; e grandes cujo tamanho ultrapassa a metade de página, incluindo as ilustrações que os acompanhem cada um deles.

<sup>54</sup> Ver Quadro 6 em anexo.

Verifica-se assim que o agendamento de temas sobre o sector da saúde recrudescceu, mas essa maior frequência não foi acompanhada por artigos com maior desenvolvimento relativamente ao seu conteúdo, significando que os assuntos não são mais desenvolvidos e explicados em 2004 do que eram há quinze anos atrás (o espaço dado a cada artigo em cada edição mantém-se). Assim, o que parece interessar aos órgãos de informação é ter mais assuntos sobre saúde no dia a dia pelo seu valor intrínseco no sentido de captar e fixar leitores, do que propriamente desenvolver conteúdos dentro de cada assunto.

**Quadro 4:** Dimensão dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP

<b>Dimensão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Grande	456	17,7
Médio	744	28,9
Pequeno	1370	53,3
Total	2570	100,0

De uma forma geral, o jornal PUB tende a publicar, em comparação e em termos relativos, mais artigos de média e de grande dimensão, ao contrário do EXP e CM que publicam sobretudo artigos pequenos. Assim, enquanto o PUB é o jornal que publica menos artigos pequenos,<sup>55</sup> o CM é o que publica menos artigos médios e o EXP menos artigos grandes. O chamado jornalismo de referência parece assim dedicar mais espaço nas suas edições ao tratamento dos assuntos sobre o sistema de saúde, com conteúdos mais desenvolvidos e explicativos, sem que essa forma de tratar os temas sobre saúde se tenha alterado ao longo do tempo. Pelo contrário, o jornalismo “tablóide”/popular que demonstra maior interesse em ter sobretudo a saúde nas suas páginas, mesmo que não lhe dedique demasiado espaço em cada edição ou construa conteúdos mais aprofundados. O mesmo acontece com o EXP, embora também seja um órgão de referência, o facto de ser semanário obriga à tentativa de inclusão e de tratamento vários temas do social, bem como seleccionar e hierarquizar em termos de visibilidade e de espaço dedicado a cada um deles.

### ***Característica do discurso***

O discurso adoptado na redacção de um artigo pode ser dividido em três tipos de acordo com os argumentos invocados e a organização da exposição do conteúdo: o

<sup>55</sup> Ver Quadro 7 em anexo.

objectivo/factual, o racional/explicativo e o interpretativo/opinativo. Na prática, estas três formas de discurso não se excluem num mesmo artigo, podendo todas elas ser encontradas ao mesmo tempo ou em combinações variadas. No entanto, aqui o que nos interessa é classificar em termos de tendência geral do artigo (característica dominante do discurso) e não os particularismos que possam ocorrer. Não são raros os casos em que nos artigos com formato de notícia ou de reportagem, o jornalista emita juízos de valor pontuais e/ou utilize interpretações de terceiros no decorrer da descrição ou narração de um acontecimento; também acontece em artigos de opinião ou entrevistas, serem apresentados no discurso factos e/ou descrições objectivas/factuais.

Como se observa, a maioria do material informativo encontrado (57,2%) caracteriza-se por ter um discurso dominante objectivo/factual. Cerca de um terço (33,4%) dos artigos têm um cariz racional/explicativo. Os restantes (9,4%) são artigos cujo conteúdo assenta no discurso interpretativo/opinativo de quem escreve. A grande maioria das notícias são objectivas/factuais (71,9%), enquanto pouco mais de um quarto (28,1%) tem um cariz racional/explicativo, significando que são uma minoria as notícias que problematizam, diagnosticam e analisam, ou que fazem uma avaliação de consequências ou prognósticos dos acontecimentos tratados pela imprensa relativos a assuntos relacionados com o sistema de saúde. Como seria de esperar, as reportagens assentam totalmente num discurso racional/explicativo, enquanto todas as entrevistas e todos os textos que pretendem construir opinião, sejam editoriais, crónicas, comentários de personalidades ou leitores, têm uma base de discurso assente na interpretação dos seus autores ou entrevistados.<sup>56</sup>

**Quadro 5:** Característica dominante adoptada no discurso nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Tipo de discurso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Objectivo/factual	1449	57,2
Racional/explicativo	846	33,4
Interpretativo/opinativo	238	9,4
Total	2533	100,0

Analisando estes três tipos de discurso dominante pelos jornais em análise,<sup>57</sup> verifica-se, tal como já tinha sido indiciado pelo espaço dedicado a cada artigo, que o jornal PUB é aquele que publica mais artigos de carácter racional/explicativo,

<sup>56</sup> Ver Quadro 8 em anexo.

<sup>57</sup> Ver Quadro 9 em anexo.

complexificando e problematizando o tratamento dos acontecimentos com maior profundidade, consentâneo com a classificação que lhe é atribuída de jornal de referência; é também aquele que menos publica artigos puramente objectivos e factuais, ao contrário do CM que é o jornal que mais publica este tipo de artigos, sem grande desenvolvimento ou enquadramento dos assuntos relatados e o que menos artigos de carácter interpretativo e opinativo tem. Já o EXP, fruto do maior número, em termos relativos, de textos de opinião, é aquele que tem mais artigos com base predominantemente interpretativa e opinativa, assim como aquele que menos publica artigos de cariz racional/explicativo.

A distribuição destas formas de discurso no último triénio de análise (2002-2004) é a que mais contribui para que os tipos de discursos não sejam similares, sem diferenças significativas a registar, ao longo do período em análise.<sup>58</sup> De facto, os últimos três anos caracterizam-se por ter mais artigos de cariz racional/explicativo e mais textos de opinião, em comparação e em termos relativos, com os triénios precedentes, e menos artigos de carácter objectivo/factual, o que indica ter existido uma maior problematização dos assuntos relacionados com o sistema de saúde. A estes resultados não é alheio o facto de o PUB, como vimos anteriormente, ter sido o jornal que mais vincadamente publicou informação sobre o sistema de saúde. O aumento de textos de carácter opinativo/interpretativo é tanto mais significativo quanto se sabe que no triénio anterior tinha sido o período em que menos artigos deste teor tinham sido publicados. Outras diferenças significativas se registam ainda entre 1993 e 1995, que se caracteriza por ser um período onde existe uma maior frequência de artigos objectivos/factuais, por um lado, e menos artigos com uma base racional/explicativa por outro.

### ***Ilustrações***

O uso das ilustrações têm uma função essencial na produção de informação no jornalismo contemporâneo, umas vezes enquanto complemento que ajuda à compreensão do que é dito, tendo elas próprias conteúdo informativo essencial; outras vezes enquanto forma de captar a atenção do público e destacar um artigo (Althaus & Tewksbury, 2002). Essa importância parece ficar demonstrada com base nos resultados encontrados, embora de forma não tão evidente. Apesar de pouco mais de um terço dos

---

<sup>58</sup> Ver Quadro 10 em anexo.

artigos terem ilustrações a acompanhar (35,1% contra 64,9% que não têm), esse número acaba por ser significativo, considerando que são sobretudo os artigos de opinião<sup>59</sup> que não têm ilustrações a acompanhar e as notícias de pequena dimensão.<sup>60</sup>

**Quadro 6:** Existência de ilustrações a acompanhar os artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Ilustrações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	902	35,1
Não	1668	64,9
Total	2570	100,0

A grande maioria do material informativo, enquanto produção jornalística no sentido restrito do termo e com importância editorial em termos do espaço que ocupa em cada edição, como as notícias, reportagens e entrevistas de média e, sobretudo, de grande dimensão, têm ilustrações associadas. O CM é o jornal que mais recorre a ilustrações para acompanhar os artigos que publica sobre os diversos assuntos relacionados com sector da saúde, evidenciando assim uma maior preocupação relativamente ao uso da imagem, característico da imprensa popular (Penedo, 2003), ao contrário do PUB, que é aquele que menos ilustrações usa junto dos seus artigos.<sup>61</sup>

### ***A Geografia do Sistema de Saúde na Imprensa***

Como se observa no gráfico a seguir,<sup>62</sup> perto de metade dos artigos jornalísticos encontrados (40,2%) referem-se a matérias relacionadas com o sistema de saúde que dizem respeito a Portugal na sua globalidade enquanto país. Mais de um quarto (28,6%) focalizam-se em assuntos que dizem respeito à região de Lisboa e Vale do Tejo. O Norte e o Centro são as regiões seguintes com mais localidades representadas com temas sobre saúde na imprensa (15,7% e 11,2% respectivamente). As localidades do Sul

<sup>59</sup> Ver Quadro 11 em anexo.

<sup>60</sup> Ver Quadro 12 em anexo.

<sup>61</sup> Ver Quadro 13 em anexo.

<sup>62</sup> Foram categorizadas todas as localidades (vilas ou cidades), regiões e países referidas em cada artigo, sendo por isso os dados apresentados fruto dessa categorização múltipla, correspondendo os valores percentuais calculados em função do total dos artigos (2542) e não das categorias classificadas (2831). As localidades foram agrupadas de acordo com a Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS II) com as seguintes sub-divisões: Norte: Alto Trás-os-Montes; Ave; Cavado; Douro; Entre Douro e Vouga; Grande Porto; Minho Lima; Tâmega. Centro: Baixo Mondego; Baixo Vouga; Beira Interior; Cova da Beira; Dão Lafões; Pinhal Interior Norte; Pinhal Interior Sul; Pinhal Litoral; Serra da Estrela. Lisboa e Vale do Tejo: Grande Lisboa; Lezíria do Tejo; Médio Tejo; Oeste; Península de Setúbal. Alentejo: Alentejo Central; Alentejo Litoral; Alto Alentejo; Baixo Alentejo; Algarve; Regiões Autónomas dos Açores; Regiões Autónomas da Madeira. Foram criadas ainda mais três categorias que dizem respeito a Portugal no seu todo, a países europeus/Europa (UE) e outros.

do país são as que menos visibilidade têm em termos noticiosos (as pertencentes à região do Algarve e Alentejo surgem em 5% e 4,4% dos artigos respectivamente). Menos só as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, artigos com matérias sobre saúde relativas a localidades aí situadas quase nulos (1,5%). As notícias sobre saúde que invocam países europeus ou a Europa/União Europeia somam 3,4%, enquanto que os restantes países do mundo quase não existem nos conteúdos da imprensa sobre assuntos relacionados com o sector da imprensa.

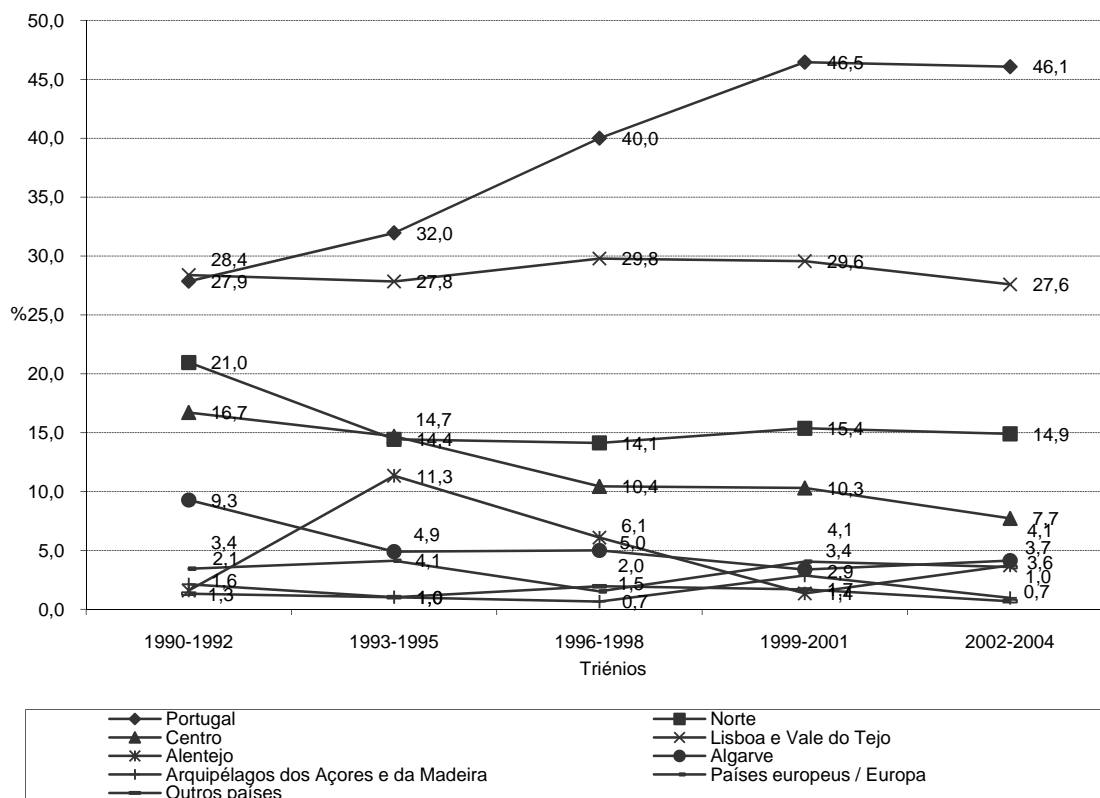
**Quadro 7:** Localização a que se referem os artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP<sup>63</sup>

Localização	n	%
Portugal	1022	40,2
Norte	399	15,7
Centro	285	11,2
Lisboa e Vale do Tejo	727	28,6
Alentejo	113	4,4
Algarve	127	5,0
Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira	39	1,5
Países europeus / Europa	86	3,4
Outros países	33	1,3

Se se analisar a evolução das várias regiões e países inscritos na cobertura jornalística sobre o sistema de saúde ao longo do período em análise, verifica-se que a dimensão nacional aumenta de forma acentuada até ao final dos anos de 1990, mantendo-se a partir desse momento elevada. Existe assim um aumento da visibilidade e da discussão dos aspectos e problemas relacionados com o sistema de saúde enquanto tema político-social nacional em detrimento da cobertura de assuntos de problemas locais e regionais. A região de Lisboa e Vale do Tejo mantém-se com visibilidade idêntica ao longo de todo o período, tal com as referências à Europa ou países europeus, com excepção para o período entre os anos de 1996 e 1998. O Alentejo está em foco na imprensa entre 1993 e 1995 devido à situação já referida ao longo deste trabalho de negligência ocorrida com utentes hemodialisados do hospital de Évora ocorrido em 1993. O Norte e o Algarve têm especial destaque entre os anos de 1990 e 1992, enquanto que a cobertura de assuntos localizados no Centro do país tende a diminuir paulatinamente ao longo de todo o período.

<sup>63</sup> Classificação múltipla.

**Figura 5:** Localização a que se referem os assuntos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios



Em síntese, verifica-se, portanto, um enfoque noticioso maioritário em assuntos que dizem respeito ao país no seu todo ou à capital e localidades limítrofes, que acolhe maior concentração populacional e por isso mais recursos de saúde adstritos mas também mais potenciais leitores de jornais, ficando as restantes regiões do país com pouca visibilidade mediática no que diz respeito à saúde. Esta focalização em assuntos de carácter nacional e depois a maior concentração de informação relativa à região que engloba a capital do país deve-se também em boa parte ao perfil da comunicação social analisada, com uma forte implantação nacional mas com maior leitura na área metropolitana de Lisboa. Refira-se ainda que no caso do PUB, a edição retida para efeitos de análise diz respeito apenas à edição de Lisboa, como referido na metodologia.



## Capítulo 7

### A Tematização do Sistema de Saúde

Os efeitos de agenda, através da combinação entre os critérios de relevância aplicados pelos *mass media* e o limiar de evidência dos temas, permitem transformar certas ocorrências num único domínio de relevância que salienta a sua centralidade face ao conjunto do fluxo informativo. É este processo que se designa por tematização (Luhmann, 1989a; Marletti, 1985; Saperas, 1994; Wolf, 1995) e cuja função é “seleccionar posteriormente (...) os grandes temas sobre os quais há que concentrar a atenção do público e mobilizá-lo para a tomada de decisões. Portanto, nesta acepção aquilo que distingue um tema de um acontecimento ou de uma categoria de acontecimentos, cuja importância e empenho comunicativo tenham já sido determinados, é não só o facto de reunir uma série de acontecimentos por um período de tempo estável, dentro de uma rubrica *ad hoc* (específica, temporal e espacialmente limitada), mas também o de fazer convergir essa mesma série de acontecimentos na denúncia de um problema que tenha um significado público e requeira uma solução (ou uma decisão)” (Rositi, 1982, p. 139).

A organização e a prestação de cuidados de saúde assenta num sistema complexo de instituições, competências e propósitos, bem como numa ampla variedade de actores, com relevância e visibilidades distintas. A cobertura mediática desta área social espelha, como não poderia deixar de ser, essa complexidade na variedade de temas que apresenta e na maior ou menor atenção que dedica a cada um deles.

Começando por descrever a distribuição dos diversos temas de forma breve, retomando de seguida cada um deles aprofundadamente, a representação do sistema de saúde na imprensa é feito em primeiro lugar pelos assuntos laborais e de recursos humanos que trabalham no sector (16,7%) e depois pela cobertura da política de saúde e da administração do sistema (15,7%), referindo-se uma parte significativa desta

temática específica, como se verá mais à frente, também às políticas laborais. Juntas, estas duas áreas de conteúdos jornalísticos somam perto de um terço de toda a informação sobre a saúde em Portugal. Seguidamente, surge toda a informação sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos (11,1%) e sobre o acesso e funcionamento dos serviços, unidades de saúde e sistema na sua globalidade (10,9%). Num terceiro plano estão os assuntos relativos ao sistema farmacêutico e aos medicamentos (8,7%); à gestão económica e financeira do sistema ou das unidades de saúde (7,5%); à ciência e tecnologia (6,8%); à negligência médica e de serviços (6,5%); e aos sócio-profissionais (6%). Finalmente, com muito pouca visibilidade na imprensa figuram os temas da formação de recursos humanos (3,4%), da promoção da saúde e prevenção da doença (3,2%) e os artigos que se focalizam na experiência individual de utentes (1,2%). Outros artigos encontrados que versam sobre assuntos que não se inserem em nenhuma das restantes categorias temáticas somam ainda 2,4%.

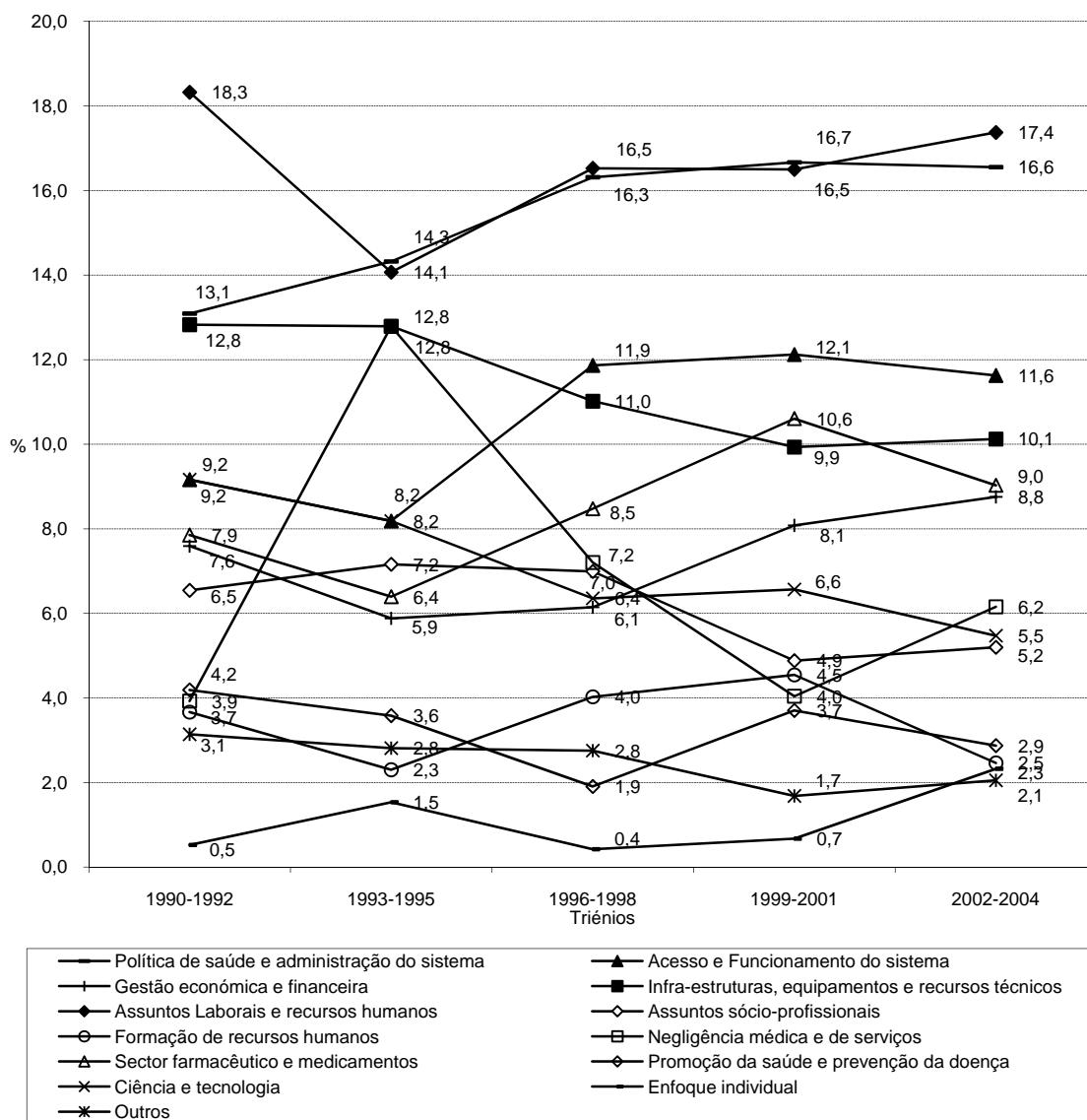
**Quadro 8:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Temas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Política de saúde e administração do sistema	403	15,7
Acesso e funcionamento do sistema	280	10,9
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	193	7,5
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	284	11,1
Assuntos laborais e de recursos humanos	428	16,7
Assuntos sócio-profissionais	153	6,0
Formação de recursos humanos	87	3,4
Negligência médica e dos serviços	168	6,5
Sector farmacêutico e medicamentos	224	8,7
Promoção da saúde e prevenção da doença	82	3,2
Ciência e tecnologia	176	6,8
Enfoque individual	31	1,2
Outros	61	2,4
<b>Total</b>	<b>2570</b>	<b>100,0</b>

Sendo esta a distribuição da saliência dos diversos temas encontrados na imprensa escrita, importa analisar cada um deles detalhadamente, por ordem de relevância atribuída, na medida em que a agregação da informação em grandes unidades temáticas que possibilitam a quantificação não traduz por si só a complexidade que a globalidade da informação sobre o sector da saúde pretende retratar, dado que cada uma dessas unidades é caracterizada por uma variedade de assuntos que importa ter em conta de forma a evidenciar os seus traços mais comuns com base numa análise de carácter mais qualitativo. Importa igualmente analisar a evolução dessas unidade temáticas ao

longo do período em análise, expressa no gráfico a seguir, bem como a maior ou menor relevância dada a cada uma delas pelos diferentes órgãos de comunicação social e as características editoriais associadas.

**Figura 6:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios<sup>64</sup>



### *Assuntos laborais e recursos humanos*

Como vimos anteriormente, no capítulo sobre a relação entre os *mass media* e os sistemas de saúde, um dos principais assuntos encontrados nos conteúdos informativos em países com sistemas de saúde públicos, tal como o *National Health System* britânico, referem-se à área laboral uma vez que o Estado é o principal empregador e

<sup>64</sup>  $p=0,000 \leq 0,05$

organizador desses recursos humanos (Karpf, 1988). As mais diversas profissões, embora com visibilidades públicas bastante diferentes, como se verá a seguir na secção dedicada à análise dos actores, utilizam muitas vezes a comunicação social para debater e conferir visibilidade às suas reivindicações e assim pressionar o poder político, sobretudo através da acção das organizações que representam os seus interesses, como os sindicatos, para além naturalmente de toda a informação que é tornada pública sobre a regulação dessas profissões.<sup>65</sup>

Como referido, este é o tema com maior visibilidade na cobertura feita pela imprensa escrita sobre o sistema de saúde, com 16,7%. A grande maioria destes artigos refere-se a condições de trabalho e a reivindicações laborais relacionadas com a classe médica, em especial carreiras, salários e horários de trabalho, através de um discurso mobilizado em particular pelos sindicatos, que origina contestações e conflitos entre esta classe profissional e o governo, como mais à frente se demonstrará, quando se analisar a relação entre actores, sobretudo no âmbito do sector hospitalar. Estas questões laborais ocorrem também a um nível mais específico dentro de unidades de saúde, em hospitais em particular, entre os profissionais de saúde, sobretudo médicos, e as administrações ou outros responsáveis pelo seu funcionamento, mas em muito menor número. Esta predominância pelo ambiente hospitalar, para além da apetência que os *mass media* já de si nutrem por estas unidades de saúde pelos motivos invocados atrás, deve-se também ao facto de, em Portugal a profissão médica estar organizada em diferentes carreiras, nomeadamente a hospitalar, a de clínica geral e a de saúde pública, que correspondem a “diferentes tipos de actividade médica e diversas formas de poder e prestígio médico, sendo a carreira hospitalar a que monopoliza e conserva mais fontes de poder profissional” (Carapinheiro & Rodrigues, 1998, p. 151; Carapinheiro, 1993), que se reflecte igualmente na cobertura mediática destes assuntos.

Os restantes profissionais de saúde que trabalham no sector têm muito pouca ou nenhuma visibilidade relativamente às suas aspirações e às suas condições sociais de

---

<sup>65</sup> Muito do conteúdo da informação sobre este tema tem um forte carácter político e dá conta muitas vezes de respostas corporativas a determinadas medidas, efectivas ou meras intenções, levadas a cabo pelo poder político, pelo que se poderia categorizar no tema sobre políticas de saúde e administração do sistema. Tal não foi considerado na medida em que essa solução esvaziaria grande parte dos temas, já que explícita ou implicitamente, muitos dos acontecimentos e acções noticiados nas mais diversas áreas relacionadas com o sistema de saúde, decorrem de políticas de saúde, em particular quando se trata de um sistema público de saúde. Assim, classificou-se o artigo em função do assunto dominante e da acção expressa na notícia; se o conteúdo informativo é definido e enquadrado a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, por exemplo, ou dos actores políticos, enquanto anúncio, debate e implementação de medidas políticas. Este princípio é aplicado às restantes categorias temáticas.

trabalho, conseguindo os enfermeiros ainda assim algum protagonismo mínimo. Atendendo à ampla diversidade de profissões que existe no sector, a visibilidade que a imprensa confere a cada uma delas depende, por um lado, da capacidade de organização e reivindicação que cada profissão consegue empreender e, por outro, pelo prestígio social que detêm, aspectos estes que se reforçam mutuamente.

A alocação e a distribuição de recursos humanos, em particular de médicos, somam perto de uma quinta parte do total de artigos classificados neste tema. A maioria destes refere-se à falta de profissionais em unidades de saúde, em determinadas regiões ou no SNS em geral, e poucos sobre contratações, abertura de concursos e colocações.

Como pode ser observado no gráfico acima, esta temática surge com especial incidência no primeiro triénio em análise (1990-1992), descendo nos três anos seguintes para voltar a subir, mantendo-se sensivelmente sempre com a mesma visibilidade nos últimos nove anos do período observado (entre 1996 e 2004), embora ligeiramente inferior ao ocorrido no primeiro triénio referido.<sup>66</sup> Esse primeiro período de maior saliência de assuntos laborais e de recursos humanos corresponde ao período político imediatamente após a saída da Ministra Leonor Beleza, que havia gerado como vimos, um clima de maior conflitualidade,<sup>67</sup> proporcionalmente visível nas páginas dos jornais, com a tentativa de estabelecer uma maior separação entre o exercício da medicina privada e pública, e que se prolongou pelas agendas dos dois Ministros seguintes. A necessidade de acalmar interesses contraditórios para alcançar o apaziguamento do sector levou, não só ao recuo político relativamente à implementação de muitas medidas propostas, como teve ainda de dar resposta a outras reivindicações por pressão dos agentes sociais, em particular a classe médica, reivindicações estas expressas na imprensa durante este período de tempo. A visibilidade destes assuntos laborais e de recursos humanos ao longo do período em análise é transversal a todos os jornais,<sup>68</sup> sobretudo em formato de notícia,<sup>69</sup> com conteúdos informativos objectivos/factuais<sup>70</sup> e de pequena dimensão,<sup>71</sup> o que tem permitido uma permanência elevada e constante nas páginas dos jornais.

---

<sup>66</sup> Para a evolução dos diversos temas ao longo do período em análise ver, para além da Figura 5.

<sup>67</sup> Ver Capítulo 4 relativo à evolução político-social do sistema de saúde, nomeadamente a análise do período entre 1985 e 1995.

<sup>68</sup> Ver Quadro 14 em anexo.

<sup>69</sup> Ver Quadro 15 em anexo.

<sup>70</sup> Ver Quadro 16 em anexo.

<sup>71</sup> Ver Quadro 17 em anexo.

### ***Política de saúde e administração do sistema***

Os *mass media* assumem um papel central na vida social em geral e, muito em particular, na vida política. De facto, a relação entre a comunicação social e a política é tão crucial que não se pode deixar de a considerar como uma chave essencial para estudar os processos políticos, na medida em que, para a quase totalidade dos cidadãos, a(s) realidade(s) política(s) é (são) mediada(s) através da comunicação de massa (Nimo & Combs, 1993). Através da regulação do fluxo da informação, os *mass media* detêm assim um poder muito considerável sobre os sistemas políticos das sociedades democráticas ocidentais (Bennett, 1988).

As políticas de saúde e o processo governativo (*policymaking*) assumem um papel central em quase todas as dimensões da comunicação sobre saúde ( Miller & Ryan, 2001). Grande parte da cobertura dos assuntos relacionados com o sistema de saúde refere-se a iniciativas ou ao diagnóstico de problemas que, de uma forma mais ou menos directa, requerem acção política.

A função da comunicação social é, por um lado, apresentar políticas formais (“top-down”) e, por outro, assinalar matérias e temas que provêm de fóruns políticos informais (“bottom-up”). Neste sentido, os *mass media* devem ser vistos como “canais” de comunicação que partem tanto das instituições para o público como do público para as instituições (Deutsch, 1963; Easton, 1965), no quadro de um complexa interacção entre os discursos dos *mass media*, os discursos políticos e a percepção pública no que diz respeito à saúde, em particular por parte de alguns grupos com interesses específicos na área, como os grupos profissionais, a classe política, indústria e grupos empresariais, fornecedores, associações de doentes, entre muitos outros.

Muita da informação veiculada pela comunicação social marca e/ou reflecte essa mesma agenda política, podendo esta ser por vezes influenciada pela própria agenda mediática. A cobertura jornalística de temas de saúde levanta, assim, uma questão importante sobre o papel e a influência dos órgãos de informação no estabelecimento da agenda pública e no desenvolvimento das políticas de saúde. A literatura sugere que os *mass media* detêm um papel importante no estabelecimento das agendas públicas e que a prioridade atribuída a determinados assuntos pode ser influenciada pelos *mass media* e como esta influência pode levar a mudanças políticas. Quando esta influência parece ser exercida de forma mais indirecta e menos óbvia, os *mass media* ainda assim não deixam

de ter uma interferência importante no apoio e na facilitação do impacto de certos assuntos.<sup>72</sup>

O impacto directo e preciso da cobertura mediática nas políticas de saúde é difícil de estabelecer e avaliar, dado que a comunicação social não é a única arena onde as medidas e os problemas são debatidos, podendo existir múltiplas influências a actuar simultaneamente em vários contextos, a fim de estabelecerem prioridades e captar a decisão política (Entwistle & Sheldon, 1999). Apesar disso, é reconhecido que a publicitação de certos assuntos ou problemas podem criar pressão para que medidas políticas sejam tomadas, influenciando assim os decisores políticos.<sup>73</sup>

Como referem Entwistle e Sheldon (1999, p. 132), a influência da comunicação social na política pode ser ampla e variada: “by imbuing the media with importance as a political arena, politicians give the media power that can in turn influence policy and the fate of politicians. Media reports and campaigns can shape the way people understand issues. They can influence professional behaviour and public demand for particular services”. A tentativa de assegurar o acesso aos *mass media* e uma cobertura mais favorável pode influenciar assim, de forma mais ou menos directa, influenciar o modo de fazer política e os resultados da própria actividade política. De acordo com os mesmos autores, “pressure on politicians to keep announcing good news, for example, may lead to health policy initiatives or health service developments being launched prematurely, repackaged or relaunched in order to maintain an image of progress. Eventually, this may descend to the level of 'stunts' that have more to do with fuelling publicity than developing effective action to meet considered policy objectives”; nesse sentido, “when policy makers are in the thrall of the news media, health policy is likely to become short term, less strategic and more dominated by daily events. Pressure to

---

<sup>72</sup> Quando a cobertura mediática não origina mudanças ao nível das políticas num período curto de tempo, o potencial desse papel desencadeador tende a ser maior quando essas notícias são repetidas continuamente e difundidas mais amplamente (Walsh-Childers, 1994).

<sup>73</sup> Kingdon (1996) e Zhu, Watt, Snyder, Yan e Jiang (1993) demonstram a influência dos *mass media* e da interacção social na atribuição de prioridades a determinados assuntos por parte do público; Watt, Mazza e Snyder (1993) examinam a influência decisiva da cobertura televisiva sobre três assuntos (inflação, Irão e União Soviética), demonstrando os efeitos e as variações do *agenda-setting* em cada um deles; mais especificamente na área da saúde, Bilchik (1996) analisa a forma como a cobertura dos *mass media* relativa a problemas ocorridos em estadias hospitalares levou a um súbito aumento da preocupação da população e do poder político, originando iniciativas legislativas no sentido de corrigir e superar algumas das práticas nocivas. O mesmo aconteceu em relação à falta de recursos técnicos em determinadas zonas do Reino Unido que estudos demonstraram existir a que os *mass media* deram uma ampla visibilidade pública, obrigando o poder político a distribuir mais equitativamente a alocação desses recursos (Smith, et al., 1994). A enorme atenção atribuída pelos *mass media* ao problema das listas de espera para cirúrgias em determinados momentos, também no Reino Unido, está igualmente correlacionada com uma maior preocupação pública e política com esse assunto (Smith, 1997).

suppress or contain bad news, and to be seen to be responding to problems, may also lead to policy makers being over hasty and populist” (Entwistle & Sheldon, 1999, p. 126; Maynard & Sheldon 1997).

O processo político sofre assim várias influências; é mutável e dificilmente controlável. John Kingdon (1996) sugere que este processo pode ser entendido a partir de duas metáforas com base nas quais as políticas podem ser estabelecidas e entram nas agendas políticas, públicas e mediáticas – “*streams*” e “*windows*”. No decorrer da acção política existem três processos ou etapas a operar: 1) a identificação e a definição de condições sociais como “problemas” que requerem acção política; 2) o desenvolvimento e a apresentação de políticas que podem ser seguidas (isto é, a proposta de soluções); 3) e a confrontação e o debate público e político (“*vagaries of politics*”). Habitualmente, estas três etapas (“*streams*”) são independentes, embora em certos momentos possam surgir publicamente em conjunto, transformando repentinamente problemas, que já há muito tinham sido identificados como tendo a necessidade de acção política mas que se mantiam em segundo plano, em prioridades na agenda de decisão política e pública.

Quando esses assuntos/problemas que receberam uma elevada atenção mediática e pública conseguem ser inscritos nas agendas dos decisores, enquanto prioridade política, abre-se assim uma “janela”, sinónimo de oportunidade, para serem tomadas e implementadas medidas políticas adequadas. Algumas destas janelas mantêm-se abertas tempo suficiente para que importantes decisões políticas possam ser tomadas no sentido de minorar ou resolver esses problemas, enquanto outras fecham-se tão rapidamente que poucas acções substantivas puderam ser adoptadas, voltando esses problemas a sair da agenda e a cair no esquecimento até que outra oportunidade possa surgir. Com efeito, para o poder político, “controlling the number and kinds of alternatives considered is the essence of the political game. Keeping things off the agenda is a form of power as important as getting them on” (Stone, 1988 citado em Conrad & McIntush, 2003, p. 412). A análise da cobertura mediática relativa a este tema das políticas de saúde diz assim respeito às diversas etapas e janelas, com excepção para a primeira etapa referida, a identificação e a definição de condições sociais como “problemas” que requerem acção política, cujo conteúdo estará disseminado nas diversas restantes áreas temáticas em análise.

A cobertura feita pela imprensa da acção política no sector da saúde origina, como seria de esperar, um volume considerável no conjunto dos artigos informativos analisados, com 15,7%, por ser uma das principais áreas da governação de qualquer



sociedade pela importância que assume no conjunto dos sub-sistemas sociais, acrescido ainda de, no caso português, o sistema de saúde ter um carácter eminentemente público. A acção política, quer a que é levada a cabo pelos diversos órgãos de governo e outros agentes com responsabilidades na definição, discussão e aplicação de medidas concretas, quer a oriunda dos restantes agentes que interagem dentro do sistema político, cobre um leque amplo e variado de assuntos, resultado da própria complexidade do sector e dos interesses envolvidos. A elevada saliência destes assuntos de carácter político também não é alheia à dependência da organização do trabalho jornalístico da agenda política, nomeadamente do governo e dos partidos políticos, ambos com significativo poder de agendamento (Schlesinger, 1990).

O funcionamento do sistema de saúde e o acesso a cuidados de saúde são as áreas que assumem maior volume informativo de carácter político nos termos em que aqui é definido, sendo as medidas para o combate às listas de espera para cirurgias o assunto com maior visibilidade neste âmbito, em termos relativos, entre inúmeros outros relacionados com a organização e funcionamento dos mais variados tipos de serviços de saúde, onde as demoras e os tempos de espera tendem sempre a ser o principal enfoque noticioso. Esta preocupação tem sido recorrente nas agendas dos diversos governos ao longo do tempo no sentido de resolver ou pelo menos diminuir de forma significativa os tempos de espera no acesso a este tipo de intervenções médicas, tendo por isso um acompanhamento permanente na imprensa. Este foco permanente de atenção relativamente a estes assuntos acompanha a tendência ocorrida noutros países com sistemas públicos de saúde onde a comunicação social tende igualmente a prestar cada vez mais atenção às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde no que se refere às variações geográficas da disponibilidade e da qualidade dos diferentes serviços de saúde, bem como ao debate político associado (Entwistle & Sheldon, 1999).

A discussão e a definição de políticas laborais e sócio-profissionais surgem a seguir, em termos de volume informativo, e abrangem um amplo leque de actividades a operar no sector da saúde, bem como a gestão dos diferentes grupos de recursos humanos em termos de distribuição e alocação. Apesar do elevado número de profissões que operam no sector, as notícias neste âmbito referem-se na esmagadora maioria à classe médica, estando as restantes quase exclusivamente dedicadas aos enfermeiros. Mais uma vez se verifica o domínio da profissão médica na atenção que a comunicação social presta aos seus assuntos, agora de carácter político relativamente a medidas e ao debate de questões laborais e recursos humanos, que têm a ver com a organização da

actividade profissional. O contexto de resposta política a muitos destes problemas deve ser entendido também com base na interacção que se estabelece com as reivindicações colocadas publicamente pelos profissionais e pelas organizações que defendem os seus interesses (que como vimos, é o tema com maior saliência na imprensa), que utilizam o espaço público para dar visibilidade e assim fazer pressão sobre o poder político, ou para travar a implementação de medidas que não lhes sejam convenientes, ou para que sejam colocadas nas suas agendas outras prioridades, com base no processo que vimos anteriormente descrito por Kingdon (1996).

A área a seguir com maior cobertura noticiosa dentro desta temática, embora significativamente com menos artigos do que as duas anteriores, está ligada à discussão, planeamento ou decisão política sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, recaindo a atenção informativa sobretudo na criação de novas unidades de saúde e em remodelações das já existentes, em particular de hospitais públicos, em detrimento de Centros de Saúde ou de outras infra-estruturas ligadas à saúde, o mesmo acontecendo com a aquisição de mais e melhores tecnologias, também relativas ao ambiente hospitalar. Poucas são as notícias que dão conta da decisão política de encerrar unidades antigas ou as que se referem ao mau estado de instalações e equipamento trazidos a debate. O interesse pela actividade política relacionada com a inovação no sector hospitalar e com a aquisição de tecnologias, em detrimento da que é desenvolvida no âmbito dos cuidados de saúde primários, é mais uma vez consentânea com a apetência dos meios de comunicação social para transmitir informação sobre estas duas áreas (Best, et al., 1977; Karpf, 1988; Seale, 2002; J. Turow & Coe, 1993).

Depois destes três assuntos, que concentram maior atenção por parte da imprensa dentro da grande temática da política de saúde e da administração do sistema, surgem duas áreas de actuação política com visibilidades idênticas e que, embora recebam menos atenção por parte da imprensa do que os primeiros, são ainda assim objecto de um volume considerável de artigos jornalísticos. Por um lado, surge toda a informação relativa ao debate e à apresentação de soluções políticas no âmbito da gestão económica e financeira do sistema de saúde. A tendência do discurso encontrado assenta substancialmente nas dificuldades financeiras, mais uma vez focadas no sector hospitalar público, não existindo praticamente referências ao funcionamento dos cuidados de saúde primários ou outros, surgindo depois em menor número os artigos que se referem ao controlo do défice das contas públicas e aos mecanismos de financiamento do sistema de saúde na sua globalidade. Por outro lado, as reformas e a

administração política global do sistema têm igual destaque neste segundo grupo com maior volume de informação. O conteúdo jornalístico refere-se à definição das principais linhas estratégicas para a governação do sector da saúde, apresentando medidas destinadas a introduzir mudanças, onde a palavra “reforma” é utilizada frequentemente e abrangendo diversas áreas de intervenção em cada artigo, oferecendo assim aos leitores uma visão global da intervenção política no sistema. No entanto, mais uma vez, uma das medidas com maior visibilidade refere-se ao sector hospitalar, com a chamada empresarialização dos hospitais, que se traduziu na transformação de várias dezenas de unidades hospitalares em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (hospitais SA), processo que decorreu durante o último triénio analisado (2002-2004), ao mesmo tempo que se faziam igualmente importantes reformas no âmbito dos cuidados de saúde primários e noutros sectores com muito menos eco na comunicação social (OPSS, 2004; Simões, 2004).

Com níveis de visibilidade muito diminutos, surge a seguir um conjunto de áreas de intervenção política dentro do sector da saúde que, apesar da sua importância social e económica, não colhe grande atenção por parte da imprensa, seja por critérios editoriais dos próprios órgãos de comunicação, que não os consideram suficientemente relevantes para serem publicados em competição na arena mediática com outros temas dentro e fora da área da saúde; seja pela inacção dos agentes políticos junto dos *mass media* no sentido de colocar essas matérias na agenda pública, para além de que alguns deles não são quotidianamente centrais na esfera política de saúde para que produzam matéria suficiente a fim de serem mais noticiados. Desde logo, surgem as avaliações de desempenhos políticos individuais com responsabilidades na governação do sector da saúde, recaindo a atenção sobretudo sobre os ministros que têm ocupado esta pasta. A discussão e a tomada de medidas que incidem sobre o sistema farmacêutico e medicamentos (mais sobre a disponibilidade, acesso e distribuição de fármacos e menos sobre a regulação da actividade das farmácias); a promoção da saúde e a prevenção da doença (relacionados sobretudo com a prevenção da toxicodependência e com o VIH); a formação de recursos humanos, quase exclusivamente de médicos; e por fim, a discussão política em torno das vantagens e inconvenientes da prestação de cuidados de saúde públicos *versus* privados, bem como as parcerias entre ambos, são assuntos praticamente inexistentes no panorama informativo da imprensa analisada em Portugal no que diz respeito à esfera das políticas de saúde.

A informação que reflecte a actividade política no sector da saúde aumenta continuamente na primeira metade do período analisado, estabilizando nos últimos três triénios. Conforme se observa no gráfico, a partir de 1996 as políticas de saúde e os assuntos laborais e de recursos humanos dominam de igual forma os conteúdos informativos sobre o sector. Como vimos, os segundos assumem também um peso considerável no âmbito das políticas de saúde, o que faz com que, genericamente, seja de facto o assunto que mais é notícia e sobre o qual mais se escreve, seja politicamente enquadrado ou não. De uma forma geral, os assuntos políticos no âmbito do sistema de saúde têm visibilidade idêntica nos três jornais analisados, sendo-lhes dedicado mais espaço editorial, observando-se mais artigos de média dimensão comparativamente com outros temas.

De uma forma geral, e tendo em conta a evolução das principais medidas políticas relativas ao sistema de saúde português analisada anteriormente,<sup>74</sup> não tem existido um acompanhamento e uma visão global equilibrada ao longo do tempo nos vários momentos políticos da implementação das várias medidas, bem como um debate sobre as diversas reformas sectoriais ou mais globais. Com efeito, a atenção mediática tem recaído em particular sobre determinados assuntos políticos e sobre sectores e serviços específicos de cuidados de saúde.

### ***Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos***

Nos anos de 1990, sobretudo na primeira metade da década, em resultado da entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia em 1986, que possibilitou o financiamento europeu para a construção e melhoria de infra-estruturas, que abrangeram também o sector da saúde (Simões, 2004), foram construídas pelo Estado em Portugal várias unidades de saúde (Centros de Saúde e hospitais), em localidades onde não existiam ou para substituir anteriores instalações que já não cumpriam os seus objectivos; enquanto outras, que se encontravam degradadas ou desajustadas a novas necessidades, foram alvo de reestruturações e obras de melhoria. A rede pública hospitalar e de Centros de Saúde foi assim ampliada e melhorada, com o objectivo, para além de ganhos em saúde, de trazer benefícios em termos de conforto e de acessibilidade aos serviços de saúde para os seus utentes mais directos. Por outro lado,

---

<sup>74</sup> Ver Capítulo 4 sobre a evolução político-social do sistema de saúde entre 1990 e 2004.

os avanços científicos e tecnológicos na área da medicina tornaram necessário dotar os vários serviços e especialidades médicas de novos equipamentos técnicos.

Como vimos, estes assuntos desde há muito que são valorizados pelos *mass media* (Best, et al., 1977; Karpf, 1988), seguindo a comunicação social portuguesa a mesma tendência como o demonstra os resultados encontrados relativos à importância atribuída a este tema. A maioria da informação em todo o período em análise a que se refere esta categoria, que soma 11,1% do total dos temas classificados, dá conta sobretudo da construção e entrada em funcionamento efectivo de novas unidades de saúde: em particular de novos hospitais, quase exclusivamente públicos; em muito menor número surgem as notícias relativas à abertura de Centros de Saúde. As referências à inauguração de outros tipos de unidades de saúde são praticamente inexistentes.

As notícias sobre equipamentos e recursos técnicos são, a seguir, as mais frequentes, quer a anunciar a entrada em funcionamento de novas e melhores tecnologias médicas de diagnóstico e tratamento ao serviço dos profissionais e dos utentes, quer a dar conta de debilidades e de falta de recursos técnicos. Ambas as situações têm sensivelmente a mesma proporção de visibilidade na imprensa, ocorridas na sua quase totalidade em contextos hospitalares da rede pública. A apetência dos meios de comunicação social pelo meio hospital e pelas tecnologias médicas já várias vezes aludida é mais uma vez notória.

A informação sobre infra-estruturas é, a seguir, novamente a mais significativa. As obras de remodelação e renovação geral, com o objectivo de melhorar infra-estruturas já existentes, são também, embora em menor número, matéria noticiosa, em particular as que beneficiam unidades de saúde da rede hospitalar pública; raras são as notícias que dão conta de melhorias em Centros de Saúde ou outras unidades de cuidados médicos. Mais especificamente, a entrada em funcionamento ou o encerramento de serviços específicos dentro de unidades de saúde são também alvo de notícia, mas ainda em menor proporção, quase exclusivamente se forem urgências hospitalares ou blocos operatórios. Raros são os artigos jornalísticos que noticiam encerramentos definitivos de unidades de saúde, referindo-se quase todos os que existem a hospitais públicos que foram fechando para dar lugar a novas instalações construídas de raiz; praticamente não existem notícias sobre o fim de actividade de Centros de Saúde ou de outras unidades de saúde.

Como esperado, a saliência noticiosa deste tema na imprensa ao longo do período analisado está de acordo com o investimento estatal feito em infra-estruturas e recursos técnicos na primeira metade da década de 1990, decrescendo nos dois triénios seguintes (1996-1998), para estabilizar nos últimos três anos. O CM é o jornal que mais artigos publica sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, ao contrário do semanário EXP, sendo ainda este o tema sobre o qual menos se escrevem artigos de opinião.

### ***Acesso e funcionamento do sistema***

Esta categoria temática diz respeito à informação sobre o recurso efectivo ao sistema de saúde e aos diversos cuidados médicos, bem como à descrição de serviços na forma como se organizam e estão acessíveis (excluindo a dimensão política destes assuntos que está na categoria própria). Este tipo de conteúdo informativo, mais próximo da experiência directa dos indivíduos (potencial ou efectiva), no seu conjunto poderá ter a capacidade de influenciar a forma como os indivíduos vêem e compreendem os vários serviços de saúde nas suas diversas vertentes. Depois de assimilada esta informação, poderá interferir nos comportamentos adoptados na utilização dos cuidados médicos (Entwistle & Sheldon, 1999).

O volume de informação sobre esta temática, que soma 10,9% de toda a produção noticiosa, divide-se de igual modo entre dois assuntos que se complementam: um está relacionado com a utilização efectiva dos cuidados de saúde e o outro com a forma como esses cuidados funcionam e se organizam. Por um lado, estão os artigos jornalísticos que dão conta da utilização e do acesso por parte dos utentes a serviços, a unidades de saúde ou ao sistema na sua globalidade, com especial incidência, apesar da ampla variedade de serviços de prestação de cuidados médicos que compõe o sistema de saúde, nas urgências hospitalares e na listas de espera para cirurgias, embora as demoras de atendimento e a dificuldade de aceder a outros serviços assumam ainda alguma proporção (obtenção de consultas de especialidade ou em Centros de Saúde). Por outro lado, surge toda a informação que se refere às condições de funcionamento, gestão e organização dos serviços, das unidades de saúde ou do sistema em geral, existindo também aqui uma especial incidência, no problema das listas de espera para cirurgias.

No entanto, alguma da informação contida neste tema não diz apenas respeito a problemas e dificuldades, revelando conteúdos com enquadramentos que privilegiam as virtualidades do sistema ou dos serviços de saúde e os consequentes benefícios para os

utentes, sendo mesmo uma das raras categorias temáticas que está mais associada, em termos relativos, a conteúdos discursivos mais positivos e a perspectivas optimistas sobre o funcionamento do sistema e o acesso aos cuidados de saúde, como mais à frente se confirmará aquando da análise da tendência valorativa da informação.

A relevância deste tema com estas características vem ao encontro de um dos principais enquadramentos identificados no tratamento jornalístico da saúde e que se refere à adopção de uma abordagem que privilegia o ponto de vista do consumidor, que se traduz numa postura mais crítica em relação ao desempenho dos serviços de saúde e à actuação da medicina (Karpf, 1988), ao mesmo tempo que a comunicação social tende a dar maior atenção às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, bem como à disponibilidade e qualidade dos diferentes serviços de saúde (Entwistle & Sheldon, 1999). Apesar da informação ser amplamente negativa e denunciadora de problemas ao nível do desempenho do sistema de saúde e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, alguma da informação demonstra as evoluções positivas, os benefícios e as virtualidades dos sistemas públicos de saúde e dos serviços que prestam os cuidados médicos.

Observando a Figura 6, constata-se que a imprensa dá menos atenção ao funcionamento e acesso aos serviços, às unidades de saúde e ao sistema em geral nos primeiros seis anos, crescendo significativamente o espaço ocupado por estas notícias no triénio seguinte e que se mantém até ao final do período analisado. A evolução da atenção dada a estes temas na imprensa portuguesa confirma assim o que acabou de ser referido sobre a crescente preocupação que os *mass media* globalmente têm vindo a demonstrar, noutros países, em cobrir os diversos aspectos ligados ao acesso e ao funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente no que se refere à equidade, disponibilidade e qualidade dos cuidados prestados (Entwistle & Sheldon, 1999).

A informação relativa ao funcionamento do sistema de saúde e ao acesso aos cuidados médicos tem igual relevo nos três jornais analisados, sendo estes assuntos objecto de mais reportagens comparativamente com os restantes temas, tendo por isso artigos de maiores dimensões, e sendo alvo de mais artigos de opinião de personalidades exteriores aos órgãos de informação.

### ***Sector farmacêutico e medicamentos***

O sector farmacêutico a operar em Portugal é sobretudo uma actividade industrial e comercial de carácter privado, com um papel importante e amplamente reconhecido na

prestação de cuidados de saúde, em particular as farmácias e os profissionais que nelas trabalham, no que respeita ao acesso ao medicamento, bem como no contacto que mantêm com os utentes no aconselhamento e monitorização terapêutica (Cabral & Silva, 2010). O tema que abrange os assuntos relativos ao sector farmacêutico e aos medicamentos está reflectido em 8,7% do total dos artigos. A informação refere-se sobretudo ao consumo e comercialização de medicamentos. A produção industrial de medicamentos e a organização do sistema farmacêutico são objecto de poucas notícias. Como se observa na Figura 6, a presença destes assuntos decresce no segundo triénio para depois se reforçar continuamente entre 1996 e 2001, para voltar a diminuir nos últimos três anos do período analisado. A presença do sector farmacêutico é semelhante nos três jornais analisados, não existindo diferenças relativamente às principais características editoriais associadas.

### ***Gestão económica e financeira***

De uma forma geral, os países desenvolvidos têm sido confrontados com o aumento das despesas com saúde. Este facto é, como vimos anteriormente, em parte, devido ao envelhecimento da população e ao ritmo rápido dos progressos tecno-científicos nesta área, que obrigam a investimentos constantes, quer em fármacos, quer em tecnologias de diagnóstico tratamento, entre outros (Mechanic & Rochefort, 1996). Assim, a gestão económica e financeira, na qual assenta a complexidade do funcionamento do sistema de saúde na sua globalidade e nos vários elementos que o compõem, tem adquirido uma centralidade crescente na sociedade e na comunicação social, somando a totalidade desta informação 7,5%. A gestão financeira de unidades de saúde e serviços específicos representa cerca de metade do total da informação com este tipo de enfoque, quase exclusivamente centrada no domínio hospitalar público.

O maior volume de informação centra-se, a seguir, nos aspectos económicos e financeiros respeitantes à indústria farmacêutica e ao consumo de medicamentos por parte das unidades de prestação de cuidados de saúde e, por conseguinte, com a forma como o Estado gere as suas contas com os fornecedores. Os artigos cuja centralidade assenta na exposição de aspectos económicos e financeiros relacionados com o sistema de saúde na sua globalidade no que respeita ao controlo da despesa e modelos de financiamento vigentes, bem como a discussão sobre a sua viabilidade e formas alternativas de organização e gestão financeira, têm pouco peso no conjunto da informação financeira e económica relativa ao sector da saúde. Poucos são também os



artigos que focam de forma directa e explícita os encargos ou os benefícios financeiros para os utentes no acesso a cuidados de saúde, a meios complementares de diagnóstico ou ao consumo de medicamentos, como por exemplo taxas moderadoras, comparticipação de medicamentos e de exames médicos.

Os assuntos económicos e financeiros adquirem maior visibilidade nos primeiros três anos da década de 1990, diminuindo nos seis anos seguintes (de 1993 a 1998), para voltarem a subir continuamente nos últimos seis (ver Figura 6). Esta recente maior visibilidade destes assuntos reflecte a centralidade que os gastos em saúde têm vindo a assumir nas agendas mediáticas em países com sistemas de saúde públicos. No entanto, a fraca visibilidade de abordagens jornalísticas sobre a viabilidade dos actuais modelos de financiamento e formas alternativas de organização e gestão financeira que permitam o controlo da despesa parece ficar muito aquém do que ocorre noutros países com sistemas de saúde públicos, onde os *mass media* tendem a noticiar perspectivas alternativas e a promover debates com os mais variados protagonistas (Best, et al., 1977; Hodgetts & Chamberlain, 2004; Rosemary, et al., 2004), informação essa que expressa cada vez mais a necessidade de terem que ser feitas escolhas relativamente à forma como os recursos financeiros devem ser aplicados, associadas também a medidas de racionamento, como vimos anteriormente de forma mais detalhada (Entwistle & Sheldon, 1999; Entwistle, et al., 1996).

O semanário EXP é, de forma muito significativa, o órgão de informação que mais publica, assuntos de cariz económico e financeiro relacionados com o funcionamento do sistema de saúde ou de unidades de cuidados médicos, ao contrário do jornal de cariz mais popular (CM), que dá menos atenção a este tipo de enfoque. A exposição destas matérias assenta em enquadramentos mais interpretativos/opinativos, muito devido ao facto de serem muitas vezes objecto de artigos de opinião de personalidades que não escrevem regularmente nos jornais (que não são *opinion-makers* regulares).

### ***Ciência e tecnologia***

A saúde é a área por excelência da aplicação e investigação científica que mais interesse suscita ao público de entre todas as áreas do conhecimento pelo impacto que tem na prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças que podem afectar ou vir a afectar a vida de cada indivíduo. Estudos de carácter científico sobre a incidência de doenças (epidemiológicos e outros), sobre a experiência da doença ou sobre o desempenho

global ou sectorial do sistema de saúde, bem como a prestação de cuidados médicos relativamente a áreas específicas de intervenção (resposta e tratamentos de certas doenças, por exemplo, ou o impacto de medidas preventivas promovidas pelos serviços de saúde), suscitam também o interesse dos leitores, informando sobre os resultados em saúde alcançados e podendo ter um carácter educativo quanto aos comportamentos que devem ser adoptados pelos indivíduos na sua relação com os cuidados de saúde (Seale, 2002). Alguns trabalhos, no entanto, têm demonstrado que os resultados e as conclusões apresentadas pelos *mass media*, bem como os enquadramentos por eles fornecidos relativamente a estudos sobre saúde nem sempre são exactos (Seale, 2002). O problema da inexactidão na descrição e representação dos estudos sobre saúde resulta da divergência entre as culturas jornalística e científica sobre o que é importante destacar e relevante para ser transmitido, e da ênfase que os *mass media* colocam no papel de sensacionalismo enquanto “valor-notícia”.

A grande maioria dos artigos,<sup>75</sup> que somam 6,8% da totalidade, relata sobretudo resultados de estudos epidemiológicos realizados em Portugal por instituições nacionais, com enfoque nas mais variadas doenças, que vão desde a incidência do cancro, HIV e gripe, que são as mais referidas comparativamente com a grande variedade de outras alvo de estudos no contexto português que são objecto de notícia, e que passam também pelos problemas estudados no âmbito da investigação em saúde neurológica (Alzheimer e outras doenças), até às taxas de mortalidade e as suas diversas causas. Raros são os artigos que dão conta de descobertas ou benefícios de novas terapias de aplicação médica desenvolvidas pela investigação em universidades e institutos nacionais de ciências da saúde ou em hospitais (universitários ou não), o que se explica pelo carácter periférico de Portugal na produção de conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico (Jesuíno, et al., 2001). No entanto, alguns artigos podem ser encontrados sobre o pioneirismo de Portugal na aplicação de novas técnicas médicas e de terapêuticas inovadoras ao nível do que há de mais avançado no mundo no que respeita, por exemplo, ao tratamento de certos cancros ou transplantes de órgãos.

Os encontros e debates científicos em Portugal organizados sob a forma de congressos, seminários e jornadas médicas com a participação de especialistas nacionais

---

<sup>75</sup> Foram classificados todos os artigos no período em análise que se refiram a estudos sobre saúde e debates científicos que ocorram em Portugal ou no âmbito do sistema de saúde português (que com ele se relacionem de alguma forma ou a ele se refiram). Todas as notícias sobre descobertas científicas e aplicações tecnológicas relativamente ao tratamento e diagnóstico de doenças que não têm referência directa a Portugal (ao sistema de saúde na globalidade ou a algum dos serviços de prestação de cuidados médicos) não foram contabilizadas na análise.

e estrangeiros, são os assuntos de carácter científico que suscitam, a seguir, maior atenção por parte da imprensa, onde são apresentados resultados e discutidas temáticas no âmbito das ciências médicas e da saúde. Esses encontros são habitualmente organizados em torno de uma especialidade médica ou dedicados a uma doença específica. Em muito menor número surgem os conteúdos informativos sobre os resultados de estudos a respeito do funcionamento e do desempenho do sistema de saúde na sua globalidade ou, mais especificamente, das unidades de saúde e dos profissionais que nele operam, e ainda menos trabalhos sobre o acesso, comportamentos e atitudes dos utentes que dele usufruem nas suas diversas vertentes.

Observando a Figura 6, verifica-se que a visibilidade dos temas científicos ocorridos em Portugal relacionados com o sector da saúde diminui continuamente durante a década de 1990, estabilizando no final para voltar a decair nos últimos três anos, terminando o período analisado com pouco mais de metade do volume informativo que tinha há quinze anos atrás e distribuindo-se sempre de igual forma pelos três jornais analisados, com artigos sobretudo objectivos/factuais.

### ***Negligência médica e dos serviços***

A negligência médica e de serviços de saúde, que implica o incumprimento dos deveres inerentes à prestação de cuidados de saúde do qual resulta um dano para o paciente, quer seja os decorrentes da actividade profissional do médico individualmente (doloso ou não doloso), quer seja devido ao desempenho deficiente grosseiro dos serviços de saúde onde são prestados os cuidados médicos, é dos temas que mais suscita o interesse do público e da comunicação social, que tem dado cada vez mais atenção a este tipo de temas (Harpwood, 2008; Weiss, 1997).<sup>76</sup>

Dos 6,5% de artigos cujo tema principal se centra em situações de negligência, a esmagadora maioria dos casos relatados dá conta de negligência provocada por médicos, decorrente da sua prática e responsabilidade individual. Para além da negligência médica resultante de um acto individual, considerou-se também a negligência imputada ao funcionamento técnico de serviços ou de unidades de saúde em situações concretas. Muito poucos artigos se referem a este tipo de situações; dois destes casos com maior notoriedade ocorridos no período analisado referem-se à

---

<sup>76</sup> Artigos informativos que se referem a assuntos tratados como negligência médica, perpetrados por profissionais de saúde a título individual ou de serviços, efectiva ou alegada, e que relatam casos concretos ocorridos com um paciente ou um grupo restrito de pacientes.

contaminação de doentes hemofílicos com o vírus da imunodeficiência humana (VIH), provocada pela utilização de um produto derivado de sangue infectado (Factor VIII) utilizado para fins terapêuticos. Embora os primeiros casos tenham ocorrido em 1985, as suas repercussões ecoam na imprensa durante boa parte da década de 1990, sobretudo entre 1993 e 1998, em resultado do acompanhamento do processo jurídico do caso; outra situação foi a das mortes ocorridas no Hospital de Évora em 1993 de doentes hemodialisados provocadas, pela falha do sistema de tratamento da água utilizada no tratamento.

Devido à visibilidade mediática conferida a estes dois casos em particular, a incidência da negligência médica é exponencialmente maior no segundo triénio do período analisado, baixando significativamente nos seis anos seguintes de forma continuada, para voltar a subir ligeiramente entre 2002 e 2004 (ver Figura 6). Este tipo de temas tem habitualmente maior presença nos órgãos de informação de cariz popular, como demonstram estudos levados a cabo no Reino Unido (Harpwood, 2008), embora em Portugal tal não aconteça, pois não existem diferenças significativas entre os três órgãos de comunicação analisados.

### ***Assuntos Sócio-profissionais***

Diferentemente dos temas laborais e de recursos humanos, que dizem exclusivamente respeito à informação sobre condições laborais (remunerações, horários de trabalho, contratos e outros mecanismos de regulação profissional), os temas sócio-profissionais dizem respeito aos papéis (definição de competências) e às práticas profissionais (desempenhos). A cobertura da imprensa sobre temas sócio-profissionais no âmbito do sistema de saúde, que soma 6,0% da produção noticiosa, centra-se sobretudo nas práticas e menos nos papéis profissionais, quase exclusivamente sobre a profissão médica. Conforme se observa na Figura 6, os assuntos sócio-profissionais são igualmente recorrentes em quase toda a década de 1990, decrescendo significativamente e estabilizando entre 1999 e 2004, distribuindo-se de forma semelhante pelos três jornais analisados.

### ***Formação de recursos humanos***

O exercício de uma profissão na área da saúde pressupõe um elevado conhecimento técnico e científico, que exige uma rede de escolas, institutos e universidades que se ocupem legitimem essa formação, assim como uma organização e adaptação constantes

do ponto de vista curricular, de forma a dotar estes profissionais de saberes teóricos e técnico-práticos que os tornem capazes de exercer as suas funções em toda a sua plenitude.

Os assuntos relacionados com a formação de recursos humanos somam 3,4% como referido. As regras de acesso ao curso de medicina em Portugal, de entre todas as áreas de ensino nas ciências da saúde, e as suas implicações quer ao nível da própria formação, quer ao nível do impacto posterior que tem na profissão e na distribuição dos médicos pelas unidades de saúde e pelas diferentes especialidades, sobretudo relativo à carência de algumas especialidades, são os assuntos mais noticiados na imprensa analisada quando o tema é o ensino e a formação de recursos humanos.

Os artigos que mais surgem a seguir dão conta dos conteúdos pedagógicos e de novas acções de formação, assim como a maneira como essa formação académica é administrada e organizada nos seus diferentes níveis (graduados e pós-graduados) de ensino e de especialização.

O funcionamento e a gestão dos recursos do sistema de ensino ligado às ciências médicas em termos globais são assuntos pouco noticiados. A grande maioria das notícias refere-se assim a assuntos relacionados com o ensino em medicina e as restantes com a enfermagem. A informação sobre a formação das restantes profissões a trabalhar no sector da saúde é praticamente inexistente na imprensa.

Estes assuntos são menos recorrentes entre 1993 e 1995, como se pode observar na Figura 6, assim como no último triénio em análise, tendo nos restantes anos uma visibilidade mais elevada, em particular entre 1999 e 2001. Os três jornais analisados dão a mesma atenção a este tema, observando-se uma maior incidência de artigos de opinião comparativamente com outros temas assinados por individualidades que não escrevem regularmente nos jornais (que não são *opinion makers*).

### ***Promoção da saúde e prevenção da doença***

A promoção da saúde é definida como sendo “o processo que confere às populações os meios de assegurar um maior controle sobre a própria saúde e melhorá-la”, enquanto que a prevenção da doença “compreende as medidas que visam não somente impedir a aparição da doença, tal como a luta contra os factores de risco, mas igualmente travar os seus progressos e a reduzir as suas consequências” (OMS, 1999). Como vimos na primeira parte deste trabalho, a saúde individual é determinada por factores que podem

ser sintetizados em torno das especificidades de cada pessoa e que resultam das suas características genéticas (anatômicas e fisiológicas), pelas condições sócio-económicas e ambientais em que vivem, e por comportamentos de responsabilidade individual, tais como os hábitos alimentares, o consumo de tabaco, álcool ou drogas, a prática de exercício físico, entre outros. Na sociedade portuguesa tem existido um amplo conjunto de iniciativas de promoção da saúde e de prevenção da doença, quer de instituições públicas, quer da parte de organismos privados e associações ligadas à saúde, que “vão desde a prevenção das doenças transmissíveis (tuberculose, sida) e a protecção da criança e da mulher (vacinações, protecção contra a violência e planeamento familiar), até à segurança alimentar, prevenção das doenças do coração e do cancro, promoção da vida activa e da sexualidade saudável, a luta contra os acidentes, o tabagismo, o alcoolismo e a toxicodependência e, ainda, a promoção da saúde na escola e no local de trabalho” (OPSS, 2001, p. 104).

Esta categoria temática, que totaliza 3,2%, contém conteúdos jornalísticos que englobam sobretudo a aplicação de programas de prevenção, bem como campanhas de sensibilização e de promoção de cuidados de saúde e de estilos de vida saudáveis, accionados e operados no âmbito do sistema de saúde português ou que com ele estejam relacionados de uma forma explícita. O cancro, os acidentes cardiovasculares, o HIV e a gripe são as doenças com maior visibilidade na imprensa no que respeita a campanhas de informação e sensibilização sobre comportamentos de risco, rastreio e outras medidas preventivas, como a vacinação no caso da gripe, com vista a controlar e a fazer diminuir a incidência destas doenças em Portugal. Ao contrário do que se podia esperar, o combate à toxicodependência e ao alcoolismo pouca expressão tem no conjunto desta temática. Os restantes artigos abrangem ainda os mais variados programas e medidas preventivas em actividade, que vão desde a diminuição da gravidez precoce na adolescência e aos métodos de contracepção, até aos planos de vacinação relacionados com a meningite, a tuberculose e a hepatite; ao rastreio e sensibilização para problemas dentários, diabetes, osteoporose, entre outros, cada um deles com expressão quase nula no panorama informativo da imprensa escrita.

Tal como nos indica a Figura 6, a visibilidade da informação, já de si baixa na globalidade, sobre prevenção e promoção da saúde decresce continuamente nos primeiros anos, sendo quase inexistente entre 1996 e 1998, para voltar a subir nos últimos seis anos, não existindo diferenças por jornal ao longo do período analisado.

A baixíssima expressão da “abordagem individualista” da saúde (Karpf, 1988) no tratamento jornalístico sobre saúde aqui encontrada, que evidencia os assuntos relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença e que apela à modificação de comportamentos no sentido de os indivíduos alterarem os seus estilos de vida e adoptarem hábitos mais saudáveis a fim de prevenirem determinadas doenças, que tendem cada vez mais a ser difundidos pelos *mass media* (Seale, 2002, 2004), pode ficar também a dever-se ao facto de muitos destes assuntos não terem uma base nacional quando surgem na comunicação social, não tendo por isso sido incluídos no *corpus* que aqui se analisa. Ainda assim, a visibilidade dada pela imprensa a este tema, ainda que aqui esteja restrito ao que é realizado em Portugal neste âmbito, estará muito aquém das campanhas, dos programas e dos eventos que têm ocorrido especificamente em território nacional ao longo do tempo.

### ***Enfoque individual***

As histórias com um enfoque individual ou de grupos restritos de pessoas a relatar experiências directas e particulares de utentes (por voz própria ou familiares próximos) relacionadas com a saúde e a doença, frequentemente denominadas de interesse humano, são praticamente inexistentes, apenas com 1,2% do total dos artigos jornalísticos em análise. A ausência de conteúdos informativos deste teor na imprensa portuguesa, pelo menos na imprensa analisada, parece não acompanhar a tendência descrita na literatura especializada sobre a relação entre os *mass media* e a saúde, segundo a qual a generalidade dos meios de comunicação social tende a recorrer cada vez mais à personalização de experiências relacionadas com a saúde e a doença, mais especificamente, com o sistema de saúde e os cuidados médicos. Como refere Davis e Ashton (citado em Hodgetts & Chamberlain, 2004, p. 55), “everywhere the broader philosophical and policy issues of access, efficiency, equity, ethics and responsibility are constantly presented to us in highly personalised form, as individual stories of personal drama, heroism, emotional anguish, humour and triumph are rehearsed in public view”. O recurso à narração individual “enables participants to work through their relationships with the health system, to make sense of associated uncertainties, suggest reasons for events, and identify specific consequences. Like all good tales,

participants' deliberations are played out through the actions of various colourful characters" (Hodgetts & Chamberlain, 2004, p. 54).<sup>77</sup>

Como se observa na Figura 6, a existência deste tipo de artigos jornalísticos é muitíssimo baixo ao longo dos anos em Portugal. No entanto, apesar de o peso não ser ainda significativo no panorama informativo sobre o sistema de saúde, parece existir uma clara tendência de crescimento na adopção deste tipo de histórias individuais, dado que nos últimos três anos de análise o total de artigos encontrados é o dobro da média dos anos anteriores. Entre 1993 e 1995, existe também alguma saliência de conteúdos deste teor, associados aos assuntos de negligência encontrados excepcionalmente neste período como vimos atrás.

Os três jornais analisados têm recorrido igualmente a este tipo de enfoque, desenvolvendo sobretudo reportagens em torno de "histórias" individuais que relatam experiências relativas a uma situação de doença e à utilização de serviços de saúde, bem como à prestação de cuidados médicos. Regista-se também uma maior incidência de artigos de opinião e de cartas de cidadãos comuns a dar conta das suas experiências particulares que as motivaram a escrever para os jornais, Sobretudo como forma de protesto mas também como forma de expressar o seu agradecimento relativamente aos tratamentos recebidos (sobretudo das primeiras). Os conteúdos informativos têm assim um cariz discursivo mais interpretativo e opinativo, do que factual ou explicativo.

\*\*\*

Em síntese e tendo em conta a divisão temática elaborada, os assuntos laborais e de recursos humanos que trabalham no sector são o tema com maior saliência na imprensa escrita em Portugal no conjunto da informação publicada sobre saúde, surgindo a seguir a cobertura da política de saúde e da administração do sistema, referindo-se uma parte significativa desta temática específica, também às políticas laborais, sendo a relevância destes dois temas na comunicação social relativamente comum em países com sistemas de saúde públicos, tal como o National Health Service britânico, uma vez que o Estado é o principal administrador e prestador dos cuidados de saúde e é o principal organizador e empregador dos recursos humanos (Karpf, 1988). A grande maioria da informação contida no primeiro tema refere-se sobretudo a condições

---

<sup>77</sup> A este respeito ver também Bury (2001) e Howell & Ingham (2001).



de trabalho e a reivindicações laborais relacionadas com a classe médica, em especial, carreiras, salários e horas de trabalho, através de um discurso mobilizado em particular pelos sindicatos, que originam contestações e conflitos entre esta classe profissional e o governo, ou, em menor número, entre médicos e as administrações ou outros responsáveis de unidades de saúde pelo seu funcionamento, em qualquer dos casos sobretudo no âmbito do sector hospitalar.

Já a informação sobre as políticas de saúde, com maior relevância mediática a partir do meio da década de 1990, incide primeiramente sobre o acesso a cuidados de saúde e o funcionamento do sistema de saúde, com destaque para as medidas de combate às listas de espera para cirurgias, entre inúmeros outros relacionados com a organização e funcionamento dos mais variados tipos de serviços de saúde, onde as demoras e os tempos de espera tendem sempre a ser o principal enfoque noticioso, tal como ocorre noutras sociedades com sistemas de saúde semelhantes onde os *mass media* tendem a prestar cada vez mais atenção ao acesso à saúde e às medidas políticas que o restringem ou melhoram (Entwistle & Sheldon, 1999). A discussão e a definição de políticas laborais e sócio-profissionais ocupam uma fatia muito significativa da actividade política noticiada, quase sempre relativa à classe médica. Num plano secundário surge o planeamento e decisão política sobre infra-estruturas e equipamentos tecnológicos, em particular no âmbito do sector hospitalar público, assuntos que são especialmente apelativos para a comunicação social (Best, et al., 1977; Karpf, 1988; Seale, 2002; Turow & Coe, 1993). De uma forma geral, a atenção mediática tem recaído em particular sobre determinados assuntos políticos e sobre sectores e serviços específicos de cuidados de saúde, sem um acompanhamento e uma visão global equilibrada ao longo do tempo nos vários momentos políticos da implementação das várias políticas, bem como um debate sobre as diversas reformas sectoriais dos diversos níveis de cuidados ou mais globais.

A construção e inauguração de infra-estruturas e a disponibilização de mais e melhores equipamentos tecnológicos desde há muito que é um tema valorizado pelos *mass media* (Best, et al., 1977), não sendo a comunicação social portuguesa excepção, em particular se forem de âmbito hospitalar, sendo este o terceiro tema com maior visibilidade, como vimos, mas já numa segunda ordem de importância. As condições de funcionamento, bem como o acesso e a utilização do sistema e dos serviços de saúde têm também idêntica saliência ao tema anterior no panorama informativo. Apesar da ampla variedade de serviços de prestação de cuidados médicos que compõe o sistema de

saúde, a informação veiculada presta maior atenção ao que se passa nas urgências hospitalares e no problema das listas de espera para cirurgias, embora outros serviços assumam ainda alguma visibilidade, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários.

Outros temas são menos visíveis, embora seja ainda de referir a relativa importância que os assuntos económicos e financeiros relativos ao sector da saúde ainda assumem nas páginas da imprensa, referindo-se a maioria à gestão hospitalar e à sua relação com o sector farmacêutico e fornecedores de serviços. Muito pouca informação foi encontrada sobre os custos e os mecanismos de financiamento do sistema de saúde em termos mais globais, bem como as opções relativamente à forma como os recursos financeiros devem ser gastos, assuntos que parecem estar mais na ordem do dia em países com sistemas de saúde semelhantes ao português (Best, et al., 1977; Hodgetts & Chamberlain, 2004; Rosemary, et al., 2004). É de destacar ainda a pouquíssima relevância na comunicação social dos assuntos relativos à promoção da saúde e prevenção da doença em Portugal e ausência quase total de trabalhos jornalísticos em torno de experiências individuais de utentes, que noutros países tende a assumir cada vez mais relevância no panorama da informação sobre saúde (Hodgetts & Chamberlain, 2004).

De uma forma geral, e tendo em conta os temas com maior relevância na imprensa escrita e as características a eles associados, pode concluir-se também que a informação sobre a saúde e o sistema de saúde tende de certa forma a subalternizar os aspectos informativos que dizem mais directamente respeito ao cidadão em geral enquanto utentes e utilizadores dos serviços de saúde através da secundarização de assuntos sobre o acesso aos serviços de saúde e o funcionamento do sistema, a promoção da saúde e a prevenção da doença, ou ainda de trabalhos jornalísticos em torno em torno de “estórias” individuais sobre a saúde e a doença. Com efeito, os conteúdos mediáticos tendem em grande medida a actuar como caixa de ressonância das autoridades políticas e dos grupos de interesse, sobretudo dos grupos profissionais e em particular da classe médica, acabando por boa parte da informação se constituir como um diálogo entre essas forças sociais, através de uma politização considerável do sector, como mais à frente se confirmará aquando da análise da relação entre os diversos actores manifesta nos conteúdos informativos e noticiosos.

Outra tendência global que deve ser igualmente destacada refere-se ao facto de o enfoque da maioria dos temas incidir sobretudo no que acontece no sector hospitalar,

em detrimento de outras unidades, como os Centros de Saúde, que são a porta de entrada do sistema de saúde. Esta tendência espelha a já conhecida particular apetência dos *mass media* pelo meio hospitalar, quer no que se refere a conteúdos informativos e noticiosos, quer no que se refere a programas de entretenimento (Kline, 2003; Seale, 2002), enquanto local de celebração do “poder curativo da medicina”, onde são destacados os mais recentes e evoluídos equipamentos tecnológicos e a elevada especialização médica, aptos a resolver qualquer problema de saúde; enquanto os cuidados de saúde primários são considerados pouco apelativos, por terem menores recursos tecnológicos, por serem menos especializados e por estarem mais orientados para a comunidade (Karpf, 1988).



## Capítulo 8

### Protagonistas no Espaço Público da Saúde

#### *A visibilidade dos actores*

A inclusão de mais assuntos sobre saúde na comunicação social tem proporcionado maior visibilidade pública aos diversos actores que operam ou que de alguma forma se relacionam com o sector da saúde, quer directa ou indirectamente, e quer tenham protagonismos mais passivos ou activos no espaço público. Com efeito, os *mass media* têm aberto espaço a diversos tipos de actores e a grupos de interesse organizados que transmitem as suas reivindicações junto da opinião pública (Atkin & Arkin, 1990), influenciando a agenda mediática e pública, e muitas vezes, a agenda das políticas governamentais.

Na sua relação com o sector da saúde, os *mass media* podem ser entendidos como “palco público” ou “palco público mediatizado”, dada a natureza mediática da esfera pública contemporânea: um “palco” visual e narrativo da cidadania contemporânea, que engloba todos os actores que surgem nos *mass media* e quem aparece a defender determinadas causas ou ideias, estando a “esfera pública” a transformar-se num “palco público” que afecta a acção política e cívica (Szerszynski & Toogood, 2000; Thompson, 1995). O carácter mediático da vida social contemporânea transforma todas as condições anteriormente necessárias para a discussão de assuntos políticos, como a co-presença e o encontro face a face; o diálogo e a troca; e o domínio de uma argumentação racional (Habermas, 1989): podem existir encontros sem que a co-presença seja uma necessidade absoluta; muitos ou mesmo a maioria não se baseiam estritamente em diálogos; as imagens e a sua justaposição são tão importantes como o argumento verbal enquanto transportadores de significado (Szerszynski, Urry, & Myers, 2000).

Sabendo-se que os *mass media* são importantes instrumentos modeladores de atitudes e opiniões onde operam os mais diversos interesses sociais, económicos e políticos, é legítimo supor que haverá uma vasta heterogeneidade de temas, actores e discursos sobre o sistema de saúde, muitos com objectivos e interesses comuns, outros contraditórios. Os *mass media* são assim encarados como uma importante fonte de representações sobre a saúde enquanto sistema legitimado na esfera pública e também como espaço de debate público, onde diferentes actores e grupos de interesses têm visibilidade e procuram tomar posição no sentido de tentar marcar a agenda política ou a relação com outros actores. Evidentemente que o público não pode controlar nem observar os jogos de bastidores que decorrem por trás dessa realidade *noticiada* - e que muitas vezes a determinam (Mayew, 1997), onde decorre o processo de *agenda-building* já aludido anteriormente (Fenton, et al., 1998).

Um sistema de saúde é, antes de mais, um prestador de cuidados de saúde mas é também um empregador, sobretudo em países com um sistema público, como é o caso de Portugal; é um espaço onde os diversos grupos profissionais, alguns deles de elevado prestígio social como é o caso dos médicos, obtêm e aplicam o seu estatuto e poder; é simultaneamente um consumidor de bens e serviços (fármacos, equipamentos, utensílios e tecnologias, entre muitos outros); nele são gastos e aplicados avultados financiamentos públicos e privados, bem como são a causa de gastos individuais. Na esfera do sistema de saúde (sector público e privado) coexistem, interagem e, por vezes, sobrepõem-se diversos actores e papéis sociais que dele têm e transmitem uma multiplicidade perspectivas. Essa multiplicidade de actores vai desde o campo político às organizações profissionais, como as Ordens e os sindicatos; aos pacientes individuais e às associações que os representam; à indústria farmacêutica e outros fornecedores de equipamentos e consumíveis, entre muitos outros. Muitos destes actores são matéria para assuntos e fontes de informação.

Muitos dos actores que se relacionam com o sistema de saúde surgem nos *mass media* enquanto assunto sobre quem se escreve ou enquanto fontes jornalísticas. Como sugerem Entwistle & Sheldon (1999, p. 125), “some of them see the media as important means of communication and influence, not least because they offer the attractive possibility of influencing public perceptions (and hence of generating pressure for action) without having to go through professional or government channels. Consequently, it is a highly politicised institution that embodies many contested values”. Com efeito, historicamente, as organizações formais, dentro e fora do sector da

saúde, sempre tiveram uma ampla influência sobre as políticas de saúde. Como referem Conrad & McIntush (2003, p. 403), “most often this influence occurs out of public view, through direct lobbying of legislators and members of the executive branch. But recently organizations have engaged in rhetoric that has the goal of directly influencing public opinion on healthcare issues and policies”.

Assim, cada vez mais as organizações investem nas suas relações com a comunicação social de acordo com o retorno favorável que consideram poder obter relativamente aos seus interesses e aos recursos que conseguem disponibilizar para o efeito. Aquelas que desenvolvem uma actividade mais organizada e sofisticada a este respeito conseguem estar em vantagem relativamente àquelas que são menos hábeis em lidar com os *mass media*, conseguindo influenciar mais eficazmente a disposição e a natureza da cobertura mediática sobre os seus assuntos. Como referem Entwistle & Sheldon (1999, p. 126), os enquadramentos dominantes sobre alguns assuntos relacionados com o NHS veiculados pelos *mass media* têm dependido em boa medida de “‘well developed public relations activities' of medical equipment manufacturers, pharmaceutical companies and medical professional organisations. These activities drew attention to technological innovations, 'miracle drugs' and professional policies”, acrescentado que “as organisations representing other interests have developed their media relations activities, there is more competition for the attention of journalists. Journalists are now exposed to, and encouraged to adopt, a wider range of interpretive frameworks. But they still think about their sources and make their own decisions about whether or not to use particular stories and angles”. Desta forma, para além dos constrangimentos decorrentes da actividade jornalística e dos valores associados à profissão, bem como as percepções individuais dos próprios jornalistas que influenciam a cobertura mediática do sistema de saúde, as acções desenvolvidas junto da comunicação social por indivíduos ou organizações com agendas variadas podem igualmente influenciar as decisões sobre que assuntos e acontecimentos devem ser noticiados e de que forma devem ser apresentados e interpretados nos conteúdos informativos.

O enquadramento e a acção dos actores que se relacionam com o sistema de saúde, quer directa quer indirectamente, e que podem ter visibilidade na comunicação social são também de vital importância para a governação do sector e para o cumprimento dos seus objectivos. Como é evidente, todos os agentes envolvidos suscitam e veiculam um grande número de interesses legítimos e muitos desses

interesses, mesmo sendo legítimos, estão longe de estar satisfeitos e não podem sê-lo, simultaneamente, de forma adequada. Sendo este um desafio para o poder político, na medida em que concorre com o estabelecimento de prioridades e a tomada de decisões políticas com base numa estratégia de governação, os diferentes actores ligados à saúde podem utilizar – e utilizam de facto – os *mass media* como plataforma para esgrimir os seus argumentos e debater os seus interesses, influenciando as estratégias e decisões políticas. Com efeito, um dos principais palcos de actuação destes agentes sociais na sua relação com o poder político, no que diz respeito à comunicação, são os *mass media*, onde marcam neste espaço posições relativamente ao sistema de saúde, não só directamente, através de artigos de opinião ou cartas abertas, como também de forma indirecta, através de acções que marcam a agenda política e mediática.

Mesmo para o próprio poder político e executivo que administra o sistema de saúde, todos os assuntos transmitidos pelos *mass media* nesta área da governação podem determinar, em grande medida, o sucesso ou insucesso das suas decisões e acções. Os decisores políticos com responsabilidades na área da saúde apresentam e debatem muitas das medidas na comunicação social e necessitam da visibilidade que esta lhes confere, a si e às suas medidas, para a legitimidade e sucesso da implementação dessas políticas. Podem também querer informar a população sobre a forma como devem utilizar determinados serviços a fim de melhorar o seu acesso ou promover o recurso a cuidados de saúde específicos para que os tratamentos sejam mais eficazes ou ao invés, evitar sobrecargas de utilização por motivos desadequados, entre muitos outros motivos válidos.

Por outro lado, também necessitam de evitar publicidade negativa que possa reduzir a confiança pública no seu desempenho e, em última instância, nos próprios serviços de saúde. Assim, dada a importância de que se reveste a informação veiculada nos *mass media* para a acção governativa, os organismos oficiais tentam controlar o que é publicado, através da criação de gabinetes de comunicação que gerem a relação com a comunicação social, produzindo, por um lado, informação de forma regular sobre as medidas que vão sendo criadas e implementadas, as quais, para além da informação pública, poderão proporcionar uma cobertura mediática favorável à sua actividade política, caso os jornalistas as utilizem como fonte; e por outro, reunindo toda a informação que vai sendo publicada na sua área de governação, a fim de poderem responder atempadamente às críticas que vão surgindo no espaço público. Para além destes gabinetes existem ainda “*spin doctors*” que aconselham o poder político a ter



uma comunicação mais eficaz para que interpretações mais favoráveis sobre os diversos acontecimentos possam ser produzidas, bem como controlar e esbater o impacto das más notícias (Butler, 1998; Franklin, 1999; Lloyd, 1998).

A actividade da oposição partidária passa evidentemente também pelos *mass media*, onde podem contestar e confrontar as medidas governativas na área e apresentar propostas alternativas, um combate político que incide muitas vezes na área da saúde, como forma de conquistar protagonismo político e desgastar o adversário, dada a importância social e individual de que o sector se reveste e a consequente visibilidade que é proporcionada.

A visibilidade que os diversos actores que operam dentro do sistema de saúde, ou que com ele se relacionam, assume no espaço público indica-nos assim, para além de se saber sobre quem se fala e a partir de que actores os diversos enquadramentos sobre saúde são construídos, quem tem maior ou menor capacidade de agendamento e, consequentemente, quem tem maior possibilidade de definir conteúdos, isto é, quem tem o poder para transmitir publicamente as suas perspectivas sobre os assuntos (Entman, 1991, 1993).

Vejamos então como se configura a visibilidade dos diversos actores públicos e privados na imprensa em Portugal. A média de tipo de actores encontrados por artigo é de 4,2.<sup>78</sup> A cobertura da saúde e do sistema de saúde em Portugal por parte da imprensa centra-se, fundamentalmente, em quatro tipos de actores que surgem em média, cada um deles, aproximadamente a cada dois artigos: os utentes (53,9%); os principais órgãos de governo (49,2%); os hospitais públicos (47,8%); e os médicos (41,9%). Numa posição intermédia, com cerca de metade da visibilidade dos actores anteriores, surgem os organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde (23,5%), o que coloca o Estado, nos seus vários níveis de tutela e organização, como o principal actor associado a assuntos directamente relacionados com o sistema de saúde na

---

<sup>78</sup> Em cada artigo foram categorizados todos os tipos de actores sociais encontrados pela ordem de surgimento em cada artigo, sendo por isso os dados apresentados resultado dessa categorização múltipla; os valores percentuais são calculados em função do total dos artigos (2540) e não das categorias classificadas (10722). Os actores individuais pertencentes a entidades/instituições classificam-se sempre uma vez e em função da instituição a que pertencem ou que representam (por exemplo, Ministério da Saúde e Ministro da Saúde; ou Ordem dos Médicos e Bastonário, etc.). Classificam-se como profissionais de saúde aqueles que tem designação e peso próprio dentro dos actores, e os que não são passíveis de atribuir a uma entidade/instituição em termos de responsabilidade. Por exemplo, os directores clínicos e os chefes de serviço são categorizados com médicos, enquanto os administradores são categorizados como hospitais/Centros de Saúde, na medida em que são os representantes ou responsáveis pelas instituições (a diferença está se são responsáveis pelo hospital ou se são responsáveis por actos médicos como os chefes de serviço, etc.).

imprensa. Com muito menos expressão, mas ainda assim com alguma visibilidade, surgem os actores ligados ao ensino e investigação, os Centros de Saúde, o SNS e os prestadores públicos de saúde em geral, as ordens profissionais e os sindicatos, bem como as entidades judiciais e policiais (entre os 14,0% e os 10,0%). Os restantes tipos de actores, de um universo variado e extenso que compõe o sistema de saúde ou que com ele se relaciona de perto, têm na sua grande maioria baixa visibilidade em termos quantitativos ou são praticamente inexistentes (abaixo dos 9%), como pode ser observado no quadro a seguir e na correspondente análise.

Devido ao elevado número de tipos de actores encontrados, foram constituídos sete grandes grupos que os organizam de acordo com a sua natureza base. Assim, temos os que fazem parte dos (1) poderes de Estado ou instituições públicas; (2) os utentes, a sociedade civil e as instituições privadas; (3) as unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde, as (4) unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde; (5) os interesses comerciais e financeiros; (6) as unidades sociais de prestação de cuidados de saúde; e (7) os profissionais de prestação directa de cuidados de saúde.

A organização em torno destes sete grandes grupos apenas tem como único propósito facilitar a exposição dos resultados e da análise relativa à visibilidade dos diversos actores que, de alguma forma, se relacionam com o sistema de saúde, não tendo um rigoroso valor conceptual em si mesma. Isto explica porque se entendeu juntar numa mesma dimensão os utentes e a sociedade civil, sabendo-se evidentemente que estes últimos se referem a interesses organizados, diferentemente dos primeiros que dizem respeito simplesmente aos utilizadores do sistema; por outro lado os interesses económicos e financeiros podiam ser evidentemente inseridos na dimensão das instituições privadas, tendo-se optado, no entanto, por apresentar a sua análise em separado. Seguidamente, apresentar-se-á então, de acordo com a organização enunciada, a análise concreta de cada tipo de actor classificado e a saliência que cada um assume na imprensa escrita ao longo do período em análise e nos diferentes órgãos de comunicação.

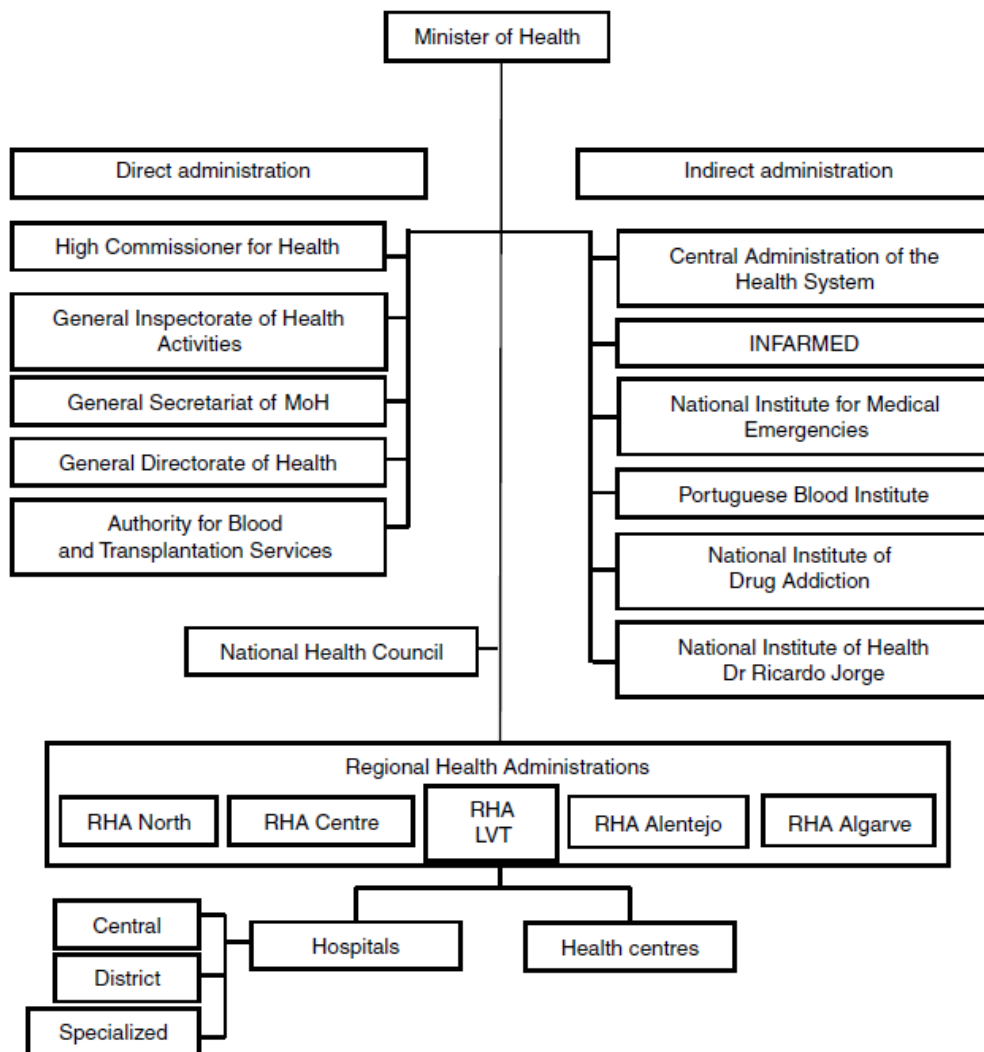
**Quadro 9:** Actores presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Actores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>		
Órgãos de governo	1250	49,2
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	597	23,5
Parlamento e partidos políticos	220	8,7
Poder local	197	7,8
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	95	3,7
Ensino e Investigação	356	14,0
Entidades judiciais e policiais	253	10,0
Sub-sistemas de saúde	12	0,5
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	316	12,4
Outros poderes de Estado e instituições públicas	243	9,6
<b>Utentes, Sociedade civil e instituições privadas</b>		
Utentes	1369	53,9
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	103	4,1
Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde	16	0,6
Outras associações	47	1,9
Ordens profissionais	304	12,0
Sindicatos	290	11,4
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	178	7,0
Comunicação social	142	5,6
Instituições religiosas	59	2,3
Organizações internacionais	158	6,2
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	158	6,2
<b>Interesses financeiros e comerciais</b>		
Grupos económicos e financeiros	39	1,5
Indústria e serviços do sector da saúde	62	2,4
Indústria farmacêutica	229	9,0
Empresas de seguros	24	0,9
Associações de interesse sócio-económico	107	4,2
Serviços privados de saúde em geral	103	4,1
Outros interesses comerciais e financeiros	144	5,7
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais públicos	1213	47,8
Centros de saúde	323	12,7
Outras unidades de cuidados de saúde	164	6,5
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais privados	29	1,1
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	98	3,9
Farmácias	152	6,0
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>		
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde	26	1,0
<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Médicos	1064	41,9
Enfermeiros	212	8,3
Farmacêuticos e similares	57	2,2
Outros profissionais de saúde	313	12,3

### ***Poderes de Estado e instituições públicas***

A estrutura administrativa do SNS é assegurada pelo governo, através do Ministério da Saúde e dos diferentes organismos que dele emanam, sendo responsável pelo desenvolvimento e implementação das políticas de saúde, bem como regular, planear e gerir o seu funcionamento. É igualmente responsável pela regulação, auditoria e inspeção dos serviços de saúde prestados pelo sector privado.

**Figura 7:** Organigrama do Ministério da Saúde português



Fonte: (Barros & Simões, 2007)

### **Órgãos de governo**

Os órgãos de governo principais, directamente ligados ou não à área da saúde, incluindo o Presidente da República,<sup>79</sup> são os actores institucionais mais representados (49,2%) dentro desta categoria e os segundos mais referenciados no total dos tipos de actores encontrados. O Ministério da Saúde e o respectivo Ministro são, como seria de esperar, os dois actores políticos mais designados na imprensa em matérias sobre saúde. Seguidamente, o Governo e o Estado são as entidades mais referidas, vindo depois a figura do Primeiro-Ministro e o Conselho de Ministros. Com visibilidades idênticas abaixo das anteriores estão as Secretarias de Estado e respectivos titulares do cargo e adjuntos ligados à área governativa da saúde. Com muito menor expressão, surgem outros ministérios e secretarias de Estado, ainda com algum destaque para as pastas das Finanças e da Educação em assuntos relacionados com a saúde. A presença do Presidente da República associada a temas sobre o sistema de saúde no panorama informativo é praticamente nula. Durante o período analisado, a presença dos órgãos de governo na imprensa cresce significativamente entre os anos 1993 e 1995, sobretudo o número de referências directas ao Ministério da Saúde, decrescendo de forma gradual nos seis anos seguintes, para voltarem a ter maior centralidade nas notícias entre 2002 e 2004.<sup>80</sup>

### **Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde**

Numa posição intermédia de visibilidade no total dos actores encontrados, em cerca de um quarto dos artigos analisados (23,5%), surgem os organismos governamentais administrativos, de regulação e de acção inspectiva ligados exclusivamente ao sector da saúde, que são por assim dizer a extensão do poder dos primeiros em termos de execução e fiscalização. Embora estes organismos não sejam estanques em termos de caracterização quanto à sua acção, já que tanto uns como outros podem desenvolver simultaneamente acções de administração, de regulação e de fiscalização, no âmbito dos primeiros estão sobretudo as Direcções Gerais de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde distribuídas pelo país, juntamente com os seus presidentes, directores e sub-directores, enquanto que no âmbito dos segundos surgem em particular a Inspecção-

---

<sup>79</sup> A figura do Presidente da República foi categorizada juntamente com os principais órgãos de governo por não ter peso estatístico suficiente para ser uma categoria autónoma, optando-se assim por juntar o Chefe de Estado aos órgãos mais importantes de governação, apesar de não ter evidentemente poder executivo como os restantes.

<sup>80</sup> Ver Quadro 18 em anexo.

Geral de Saúde dos Serviços de Saúde por um lado, e o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) por outro, assim como algumas comissões e conselhos de fiscalização. Nos organismos de regulação e fiscalização, não existe personalização dos agentes, surgindo no discurso os organismos enquanto tal e quase nunca os seus dirigentes ou executantes, embora haja referências aos Inspectores de Saúde e ao Presidente do INFARMED.

Tal como os principais órgãos de governo, também os organismos governamentais de administração e de regulação actuam especificamente na área da saúde sobem entre os anos 1993 e 1995 de forma significativa, mantendo-se com a mesma presença nos seis anos seguintes, para voltar novamente a adquirir maior proeminência nos últimos três anos (entre 2002 e 2004).

### **Parlamento e partidos políticos**

Os agentes políticos e o trabalho parlamentar e político-partidário em conteúdos informativos sobre a saúde e o sector da saúde surgem em 8,7% das peças jornalísticas. Os partidos políticos PS e PSD, enquanto instituições e respectivos deputados são os actores com maior visibilidade, o que corresponde à sua maior representatividade eleitoral, seguindo-se a Assembleia da República. As comissões parlamentares, quase todas ligadas à saúde, são o terceiro grupo com mais visibilidade. Só depois surgem os restantes partidos políticos com assento parlamentar e seus representantes.

Depois de uma descida algo acentuada a partir do primeiro triénio (1990 a 1992) da presença destes actores políticos em notícias relacionadas com o sistema de saúde, e que assim permaneceu nos seis anos seguintes (entre 1993 e 1998), os assuntos retratados voltam a trazê-los para maior destaque nos últimos dois triénios, muito em particular entre os anos 1999 e 2001 de forma muito significativa. O aumento nos últimos anos do número de notícias com referências ao Ministério da Saúde e a maior presença de organismos governamentais administrativos e de regulação, assim como menções ao parlamento e aos partidos políticos, estes últimos de forma mais marcada, sugere uma maior pressão sobre o poder político governativo no que respeita à sua acção no âmbito do sistema de saúde, com um maior enfoque no debate político de medidas e propostas das várias reformas em curso.

### **Poder local**

Já os actores ligados ao poder local apenas somam 7,8% do total das categorizações, referindo-se sobretudo em primeiro lugar às Câmaras Municipais e respectivos presidentes, vindo depois as Assembleias Municipais e os vereadores. Com menos expressão surgem ainda as Juntas de Freguesia. O volume de informação sobre o sistema de saúde que de alguma forma inclui o poder local afigura-se relativamente estável ao longo do período analisado.

### **Instituições para a prevenção e combate à doença e similares**

As instituições governamentais ligadas à prevenção e ao combate a doenças e outros organismos similares têm muito pouca visibilidade no panorama da imprensa escrita portuguesa, somando apenas 3,7% de presenças no total dos artigos. Essa pouca notoriedade é ainda assim conseguida sobretudo pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e pelo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, que têm sido, por assim dizer, os grandes desígnios do Estado em matéria de prevenção, controlo e tratamento, com organismos públicos criados para o efeito. A presença destas instituições na imprensa começa por ter uma visibilidade muito diminuta para subir significativamente entre os anos 1993 e 1995, em que se regista o maior número de artigos com referências a estes actores, voltando a descer nos três anos seguintes, ganhando novamente maior visibilidade nos últimos seis anos.

### **Ensino e Investigação**

Os actores sociais ligados ao ensino e ao estudo relacionado com o sector da saúde são os que têm a seguir maior visibilidade, estando presentes em 14% dos artigos - institutos universitários e de investigação públicos, na sua quase totalidade ligados à saúde e à medicina, assim como estudantes, especialistas e peritos que tenham produzido trabalho na área. O meio académico tem uma permanência muito irregular na imprensa ao longo do período analisado, sendo a sua visibilidade maior no período entre os anos 1990 e 1992 e em particular entre 1996 e 1998, observando-se a presença mais baixa no último triénio, entre 2002 e 2004.

### **Entidades judiciais e policiais**

Ainda com alguma expressão são nomeadas as entidades judiciais e policiais (10%), que ao longo dos anos foram estando associadas a diversos casos que mereceram

investigação judicial ou que chegaram aos tribunais, tendo alguns deles sido ampla e recorrentemente noticiados. As referências ao Ministério Público primeiro, e aos tribunais a seguir, são as mais frequentes. A Procuradoria-Geral da República e o Tribunal de Contas são os actores com maior visibilidade a seguir, surgindo depois as forças policiais (Polícia Judiciária em particular), os advogados e os juízes.

As entidades ligadas ao sistema judicial têm maior proeminência na imprensa no segundo triénio 1993 a 1995, devido a dois casos de alegada negligência muito mediatizados à época: o primeiro relativo à contaminação de doentes hemofílicos com o VIH pela aplicação de um produto derivado de sangue infectado (Factor VIII) para fins terapêuticos, cujas repercussões, embora o caso remonte a 1985, ecoaram na imprensa nos anos seguintes, sobretudo neste triénio, quando o processo jurídico-legal se aproximava do fim; e o segundo respeitante às mortes de doentes hemodialisados ocorridas no Hospital de Évora em 1993 por falha do sistema de tratamento da água utilizada em aplicações terapêuticas. Inversamente, os seis anos seguintes a este período são os que menos trouxeram este tipo de actores para as páginas dos jornais, voltando novamente a sua visibilidade a subir nos últimos três anos.

### **SNS e prestadores públicos de saúde em geral**

O SNS e a designação geral de serviços públicos de saúde surgem em 12,4% de artigos. Este resultado sugere que o SNS é, por um lado, menos discutido e noticiado enquanto funcionamentos global e, por outro, que são sobretudo as diferentes partes que o compõem e os actores relacionados com ele que fazem parte dos conteúdos informativos, pouco contextualizados no âmbito geral do sistema público de saúde. A inclusão desta nomeação mais genérica dos serviços de saúde públicos só começa a surgir de forma mais significativa a partir de 1993, tendo antes disso baixa expressão nos textos jornalísticos, mantendo-se depois constante na imprensa até ao final do período analisado.

### **Sub-sistemas de saúde**

Praticamente ausente da imprensa está a referência aos sub-sistemas de saúde complementares ao SNS, perfazendo somente 0,5% das menções e sendo essa representação feita quase exclusivamente com assuntos relacionados com a ADSE, que é o sub-sistema com maior número de beneficiários, cuja sigla ainda se refere à denominação original criada em 1963 - Assistência na Doença aos Servidores Civis do



Estado –, sendo designada desde 1980 por Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE). Apesar da baixíssima presença de referências aos sub-sistemas na globalidade do período analisado, ainda assim foi no triénio 1999 a 2001 que houve mais artigos trazendo à colação estes sistemas de saúde sectoriais.

### ***Utentes, sociedade civil e instituições privadas***

#### **Utentes**

Os utentes do sistema de saúde, quer sejam referidos de forma genérica ou individualmente e conotados ou não com situações concretas, enquanto utilizadores do sistema de saúde ou como portadores de doenças específicas, são directamente referenciados na maioria dos artigos analisados (53,9%). Na generalidade dos casos, não são eles o actor central sobre quem se escreve mas são importantes na construção da notícia para a exposição dos factos. Isto é, surgem quase sempre como sujeitos passivos a quem é endereçada a informação enquanto principais interessados na forma como podem ser afectados pelos factos descritos. Essa inclusão da referência aos utentes não é uniforme ao longo do período analisado, passando a ser mais comum e de forma constante a partir de 1993.

#### **Associações ou instituições ligadas a doenças específicas**

O direito a determinados recursos para cuidados de saúde e tratamentos específicos vem sendo conquistado muitas vezes através de organizações ligadas ao associativismo de saúde. Estas associações caracterizam-se pela sua elevada organização com objectivos específicos e pela sua diversidade. São fundadas e constituídas por portadores de doenças e/ou seus familiares que procuram aceder a determinados direitos de acordo com as suas necessidades concretas. Em geral, são utilizadas formas de acção directa, que tanto podem ser de pressão sobre quem tem o poder de decidir (governo, poder local, etc.), como podem assumir a responsabilidade pela provisão um bem ou serviço. A sua principal fraqueza consistia na falta de informação especializada e na dificuldade de comunicação, que os colocava em desvantagem no confronto com o Estado ou com outras organizações (empresas, etc.). Com a crescente circulação de informação sobre saúde (seja de índole jornalística ou outra) e o acesso às novas tecnologias de informação, o associativismo passou a ficar dotado de maior visibilidade e conhecimento

estratégico, e com isso, maior poder de reivindicação, quer ao nível das políticas, quer ao nível do acesso a cuidados médicos resultantes dos avanços tecnológicos e terapêuticos (Nunes, Matias, & Filipe, 2008a).

A imprensa em Portugal, no entanto, tende a ignorar de uma forma geral o associativismo ligado à saúde, quer como protagonistas quer como fontes, como o demonstra os resultados aqui encontrados. As associações ou instituições de apoio a pessoas e seus familiares portadores de doenças específicas fundadas pela sociedade civil têm uma presença na imprensa muito limitada, estando presentes em apenas 4,1% dos textos analisados, reflexo aliás também o relativo fraco desenvolvimento que este tipo de associativismo tem em Portugal, sendo que cerca de metade das existentes tem menos de 10 anos de existência e de pequena dimensão (menos de 300 associados) (Nunes, Matias, & Filipe, 2007; Nunes, et al., 2008a; Nunes, Matias, & Filipe, 2008b). A Liga Portuguesa Contra o Cancro é a instituição que mais se destaca em termos de visibilidade na imprensa ao longo do período em análise. As associações ligadas à prevenção e ao combate à sida têm tido também alguma proeminência na imprensa ao longo do tempo dentro desta fraca visibilidade geral, tendo sido a mais bem sucedida ainda assim, a Associação de Apoio a Seropositivos e Pessoas com SIDA – ABRAÇO. Também o protagonismo dado a este tipo de associações é consentâneo com a tendência encontrada noutros países, em que é atribuída maior atenção aos novos movimentos formados pela classe média, como os originários da luta contra a SIDA (Bastos, 2002).

A Associação Portuguesa de Hemofílicos e a Associação de Insuficientes Renais tiveram também uma permanência intensa, embora apenas durante um certo período de tempo, mas que contribuiu para que a visibilidade deste tipo de actores se elevasse, muito em particular entre os anos 1993 e 1995. Ambas as associações estiveram ligadas aos dois casos mais mediatizados de alegada negligência mencionados anteriormente com doentes hemofílicos e doentes hemodialisados, na defesa dos seus associados. Nos seis anos a seguir, de 1996 a 2001, a existência de associações nas páginas dos jornais desce de forma significativa, mas é nos últimos três anos, de 2002 a 2004, que essa referência se torna ainda mais escassa, vindo essas associações a perder visibilidade ao longo dos anos.

### **Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde**

Os movimentos e associações de utentes que têm como objectivo principal reivindicar mais recursos e melhores acessos aos cuidados médicos são uma outra forma de participação

cívica na defesa de interesses específicos no âmbito da saúde, seja a nível local, regional ou nacional. A visibilidade deste tipo de movimentos tem expressões praticamente nulas, surgindo em 0,6% dos artigos analisados, sem que se registem alterações no decorrer do período analisado.

### **Ordens profissionais**

As ordens profissionais surgem em 12% dos artigos noticiosos sobre o sistema de saúde. A Ordem dos Médicos, suas secções e seus representantes, constituem a grande maioria das referências neste tipo de organismos, seguindo-se com uma expressão muito inferior, a Ordem dos Farmacêuticos e seus representantes, e depois com menor expressão ainda a Ordem dos Enfermeiros e seus representantes. Tendo uma visibilidade baixa nos três primeiros anos, comparativamente com o resto do período analisado, a Ordem dos Médicos adquire nos anos entre 1993 e 1995 uma proeminência muito superior na imprensa, para voltar a descer novamente a partir de 1996, mas ainda assim com uma presença constante significativamente mais elevada em relação ao primeiro triénio.

### **Sindicatos**

Com visibilidade idêntica, os sindicatos estão presentes em 11,4% dos artigos. Também os sindicatos e seus representantes afectos à profissão médica (Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos) são os que conseguem maior espaço na imprensa de forma vincada, seguindo-se com muito menor expressão os sindicatos relacionados com a prática da enfermagem (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e Sindicato dos Enfermeiros em particular). Os sindicatos assumem uma maior presença nas páginas dos jornais entre os anos de 1996 e 2001, decrescendo de forma significativa no último triénio.

### **Associações sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde**

Com uma visibilidade menor, surgem depois as associações sócio-profissionais ligadas à saúde e sociedades de especialidades médicas, que são em boa parte uma outra forma de representação de interesses sócio-profissionais, surgindo em 7,0% dos textos jornalísticos. A permanência destes actores na imprensa revela-se bastante irregular ao longo do período analisado, tendo uma maior presença entre 1993 e 1995, perdendo visibilidade de forma gradual a partir desse triénio e nos seis anos seguintes, para

voltarem a assumir maior protagonismo entre os anos de 2002 e 2004. Estas associações tendem a ter mais visibilidade quando ocorrem determinados acontecimentos que necessitam de enquadramento clínico, através de pareceres ou testemunhos de especialistas, como aconteceu mais uma vez com os dois casos de alegada negligência já descritos, mesmo que essa negligência não esteja ligada estritamente a actos médicos, mas sim aos serviços de saúde, como foram os dois casos mencionados.<sup>81</sup>

### **Comunicação social**

Os actores ligados à comunicação social aparecem em 5,6% dos artigos. Os órgãos de informação da imprensa diária são os mais referenciados, seguindo-se os jornalistas enquanto classe profissional ou individualmente, a comunicação social em geral e as televisões, a maioria enquanto fontes jornalísticas para outros órgãos de comunicação, como veremos mais à frente. A referência a órgãos de comunicação social em assuntos noticiados sobre o sistema de saúde decresce de forma gradual ao longo dos anos, estabilizando nos últimos seis anos com uma visibilidade muito inferior.

### **Instituições religiosas**

As instituições religiosas surgidas em assuntos relacionados com o sector da saúde constam em apenas 2,3% dos artigos analisados, com especial incidência entre os anos de 1993 e 1998, diminuindo a sua presença de forma gradual nos seis anos seguintes.

### **Organizações internacionais**

As organizações internacionais surgem em 6,2% dos artigos, com especial destaque para a União Europeia (UE) e organismos associados, surgindo depois ainda com alguma notoriedade a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE). As organizações internacionais têm uma maior presença na imprensa nos primeiros seis anos, entre 1990 e 1995, voltando a ter maior relevância nas notícias novamente entre 1999 e 2001, embora em menor número do que no período anteriormente referido.

---

<sup>81</sup> Para uma análise da realidade associativa profissional na área da saúde ver Carapinheiro (2004).

## ***Interesses Financeiros e Comerciais***

### **Grupos económicos e financeiros**

Os grandes grupos económicos e financeiros privados com interesses directos na área da saúde enquanto investidores, surgem em 1,5% de artigos.<sup>82</sup> A existência de referências a estes grupos económicos e financeiros nas notícias começa por ser elevada no início do período analisado, entre 1990 e 1992, comparativamente com os restantes anos, para decrescer de forma significativa nos nove anos seguintes, entre 1993 e 2001, voltando a assumir uma maior visibilidade no último triénio, entre 2002 e 2004.

### **Indústria e serviços do sector da saúde**

Os actores pertencentes à indústria e aos serviços a operar exclusivamente no sector da saúde constam em 2,4% de artigos noticiosos, não registando essa presença alterações significativas ao longo do período analisado.

### **Indústria farmacêutica**

O primeiro grupo de actores relacionado com os interesses comerciais e financeiros a operar em actividades relacionadas com o sector da saúde, seja de forma directa ou indirecta, está ligado à indústria farmacêutica, que inclui os produtores e distribuidores de medicamentos, surgindo em 9% dos artigos. Se a estes juntarmos as associações de interesse sócio-económico que são, na sua grande maioria, a Associação Nacional de Farmácias (ANF) e a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), como mais à frente se verá, constata-se que os principais interesses comerciais e financeiros que não prestam cuidados de saúde directos em sentido restrito, estão assim ligados ao fabrico e comercialização de medicamentos. A visibilidade da indústria farmacêutica na imprensa tende a crescer gradualmente nos nove primeiros anos de análise, atingindo o seu ponto alto no triénio intermédio (de 1996 a 1998) e decrescendo de forma significativa nos últimos seis anos (entre 1999 e 2004).

### **Empresas de seguros**

A referência a empresas de seguros é praticamente inexistente, nomeadas apenas em 0,9% do total de peças jornalísticas, consentâneo aliás com o fraco desenvolvimento que

---

<sup>82</sup> Os três maiores em Portugal são os grupos Mello, Espírito Santo Saúde e Sonae. A José de Mello Saúde (JMS) era então, o maior operador privado português de gestão e prestação de cuidados de saúde.

este sector dos negócios tem conseguido na área da saúde, ainda que esteja numa tendência, ainda que ténue, de crescimento nos últimos anos em Portugal (Barros & Simões, 2007; Cabral & Silva, 2009). Apesar da baixa presença global na imprensa, é possível observar ainda assim que esta indústria financeira tem maior proeminência nos três primeiros anos de análise, entre 1990 e 1992, estando praticamente ausente nos nove anos seguintes, para voltar a surgir em informação relacionada com o sistema de saúde de forma mais visível nos últimos três anos, entre 2002 e 2004. A maior visibilidade obtida no primeiro triénio pode estar relacionada com a tentativa política que existiu em impulsionar este segmento de mercado (Simões, 2004), como vimos anteriormente no capítulo dedicado à evolução político-social do sistema de saúde.

### **Associações de interesse sócio-económico**

As associações de interesse sócio-económico surgem referenciadas em 4,2% de artigos, pertencendo a quase exclusiva visibilidade deste tipo de organizações à Associação Nacional de Farmácias (ANF) e à Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), ambas relacionadas com a produção e comercialização de medicamentos. Com uma presença constante na imprensa ao longo de quase todo o período analisado, estas associações assumem no entanto uma maior visibilidade nas páginas dos jornais nos últimos três, de 2002 a 2004, que corresponde à especial atenção dada à política do medicamento pelo governo de então, que colocou uma enorme ênfase na expansão do mercado de genéricos e na prescrição destes medicamentos associada aos preços de referência, entre outras medidas (OPSS, 2004, 2005).<sup>83</sup>

### **Serviços privados de saúde em geral**

A referência aos serviços privados de saúde em termos gerais surge em 4,1% dos artigos. Essa notoriedade é constante ao longo dos quinze anos em análise, com excepção do período entre 1996 e 1998, em que diminui de forma significativa.

---

<sup>83</sup> Ver Capítulo 4.

***Unidades Públicas de Prestação Directa de Cuidados de Saúde*****Hospitais públicos**

Os artigos informativos que envolvem unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde podem assumir uma importância particular para quem lê, dado que é aí que os utentes depositam em princípio a confiança de que os seus problemas de saúde serão resolvidos no caso de virem a necessitar deles, sendo essa saliência mediática consentânea, como seria de esperar, com o carácter público dos serviços de saúde em Portugal. No entanto, essa visibilidade mediática não é idêntica para os dois principais tipos de unidades que sustentam a oferta de cuidados médicos no sistema público de saúde (hospitais e Centros de Saúde), dado serem os hospitais públicos a recolher maior atenção por parte da imprensa, surgindo em perto de metade dos artigos analisados (47,8%).

Esta elevada notoriedade dos hospitais, que são “serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhes, também, colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”,<sup>84</sup> em detrimento dos Centros de Saúde e dos cuidados de saúde primários em geral, pode ser mais facilmente entendido se tivermos em conta também o carácter eminentemente hospitalar proveniente da uma concepção “hospitalocêntrica” da organização do SNS em Portugal (Simões, 2004), que os *mass media* tendem a acompanhar, reproduzir e ampliar, de acordo, aliás, com a apetência que a comunicação social já tem desde sempre pelo meio hospitalar e por cuidados de saúde tecnologicamente evoluídos e altamente especializados (Best, et al., 1977; Karpf, 1988; Seale, 2002; J. Turow & Coe, 1993). Como vimos, a resolução dos problemas de saúde numa base institucionalizada em unidades de saúde (“*institutional-based curing activities*”) com uma elevada valorização do paradigma biomédico (Best, et al., 1977), tem desde sempre recebido muito mais atenção da parte dos *mass media* do que os cuidados de saúde primários com menores recursos tecnológicos, mais orientados para a comunidade e com uma maior dimensão preventiva (Karpf, 1988).

A referência a hospitais públicos nas notícias aumenta entre os anos 1993 e 1995, baixando significativamente nos seis anos seguintes, para voltarem a surgir mais

---

<sup>84</sup> Artigo 1º do Regulamento Geral dos Hospitais, constante do Decreto n.º 48 358, de 27 de Abril de 1968.

em foco nos últimos três anos analisados, entre 2002 e 2004, muito devido a uma das medidas mais emblemáticas na área da saúde do governo de então, com ampla visibilidade mediática, e que teve que ver com a chamada empresarialização dos hospitais, em que num curto espaço de tempo, 34 unidades hospitalares passaram a sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (Hospitais SA) (OPSS, 2004).

### **Centros de Saúde**

O Centro de Saúde é “uma unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e se dirige ao indivíduo, à família e à comunidade”.<sup>85</sup> Neste tipo de unidades são assim desenvolvidas actividades no âmbito da medicina geral, familiar e de saúde pública. A primeira especialidade presta cuidados personalizados, primários e continuados aos indivíduos e à suas famílias no meio em que estão inseridos, enquanto a segunda especialidade se ocupa do diagnóstico e intervém sobre os factores que condicionam a saúde das populações na sua globalidade. Os cuidados de saúde primários são o primeiro patamar de acesso aos serviços de saúde a ser utilizados pelos indivíduos e suas famílias (Simões, 2004).

Os Centros de Saúde, sendo a base do sistema público de saúde, não encontram contudo correspondência proporcional à sua importância no que se refere ao volume de informação encontrada, dado que apenas 12,7% do total de artigos sobre saúde fazem alguma referência a estas unidades de prestação de cuidados de saúde e aos cuidados de saúde primários. A referência a centros de saúde na imprensa sobe de forma gradual nos nove primeiros anos de análise, tendo maior presença sobretudo entre 1996 e 1998, presença essa que volta a decair de forma acentuada a partir desse momento, mas estabilizada nos últimos seis anos.

### ***Unidades Privadas de Prestação Directa de Cuidados de Saúde***

Os cuidados de saúde prestados à população são, como referido, assegurados com base no sistema público através dos cuidados de saúde primários (Centros de Saúde) e dos hospitais públicos. No entanto, o sector privado desempenha também um importante papel na sociedade portuguesa enquanto prestador, nomeadamente através das farmácias

---

<sup>85</sup> Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril, que aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde.



que comercializam e disponibilizam quase em exclusivo os produtos farmacêuticos, e dos laboratórios equipados com tecnologia avançada onde são realizados os meios complementares de diagnóstico. Parte substancial da prática médica é também exercida fora do sector público, desde logo em consultórios de medicina privada individualizados ou em associação entre médicos no âmbito de especialidades médicas, bem como em unidades de saúde mais complexas que englobam desde clínicas com algumas valências até a hospitais de grandes dimensões, os quais operam exclusivamente de acordo com os princípios do sector privado.

### **Hospitais privados**

Os hospitais privados são praticamente inexistentes no panorama da imprensa escrita, surgindo em apenas 1,1% dos artigos, não se registando variações significativas ao longo do período analisado. Apesar da baixa expressão que o sector privado assume em Portugal na prestação de cuidados de saúde de âmbito hospitalar (Cabral, et al., 2002), esta quase total ausência de visibilidade mediática fica aquém dessa real actividade, sobretudo quando se tem assistido a uma tendência de crescimento, ainda que relativamente ténue e específica de alguns serviços, como, por exemplo, de maternidade (Barros & Simões, 2007).

### **Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico**

As clínicas, consultórios médicos e laboratórios onde se realizam análises laboratoriais e patológicas, exames diversos e outros meios complementares de diagnóstico surgem em 3,9% de artigos, registando maior visibilidade entre 1999 e 2001. Esta baixa visibilidade estará muito longe da importância que as consultas privadas assumem na prestação de cuidados de saúde, em particular no âmbito de algumas especialidades a que o sistema público não tem conseguido dar resposta, e a relevância que os laboratórios têm na realização de exames, em sistema de convenção, embora, na globalidade, o sector privado assuma mais um papel complementar do que uma alternativa global ao SNS (Barros & Simões, 2007; Escoval, 1997).

### **Farmácias**

As farmácias surgem referenciadas em 6,0% dos artigos analisados, sendo essa presença na imprensa relativamente constante no período em análise, adquirindo ainda assim maior notoriedade entre os anos 1999 e 2001.

### ***Unidades Sociais de Prestação de Cuidados de Saúde***

As unidades de prestação de cuidados de saúde sociais quase não tem expressão na imprensa, surgindo em apenas 1% do total dos artigos, e a pouquíssima visibilidade que têm é feita quase exclusivamente pelos hospitais pertencentes à Santa Casa da Misericórdia, sobretudo entre 1999 e 2001. As Misericórdias são instituições independentes sem fins lucrativos com uma base caritativa. A Misericórdia de Lisboa é a única excepção, sendo uma empresa pública, com uma administração nomeada em conjunto pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Estas instituições operam um número de hospitais relativamente reduzido, embora historicamente tenham sido as principais prestadoras de cuidados de saúde em Portugal.

### ***Profissionais de Prestação Directa de Cuidados de Saúde***

#### **Médicos**

Os médicos são marcadamente o principal grupo profissional, quer a título individual ou como classe profissional, com maior notoriedade na imprensa, no leque variado de profissões que prestam directamente cuidados de saúde, estando presentes em perto de metade do total dos artigos analisados (41,9%). Esta elevadíssima visibilidade da classe médica é consentânea com a perspectiva de que a medicina tem mantido uma posição dominante quer na definição das representações que os *mass media* produzem sobre a saúde e a doença, quer sobre a sua própria imagem enquanto profissão (Signorelli, 1990; J. Turow, 1989; J. Turow & Coe, 1993). Os médicos assumem-se assim como os protagonistas mais relevantes em toda a informação sobre o sistema de saúde, quer enquanto estando associados ao objecto da notícia, quer enquanto principais interlocutores do campo mediático. Tanto mais quanto a presença dos médicos na imprensa, enquanto grupo profissional ou individualmente, se mantém constante ao longo de todo o período analisado, reforçando assim a ideia de centralidade que assumem na produção informativa sobre o sistema de saúde.

### **Enfermeiros**

Os enfermeiros apenas surgem em 8,3% dos artigos, sendo no entanto o segundo grupo profissional na área da saúde com mais visibilidade na imprensa. Esta enorme discrepância na notoriedade das várias profissões nos *mass media* não é aliás novidade, nomeadamente entre médicos e enfermeiros, tendo já sido encontrada em estudos que demonstram não só que outros profissionais de saúde são menos visíveis como são mesmo desvalorizados, descritos frequentemente como tendo papéis menores e limitados (Gerbner, Gross, Morgan, & Signorielli, 1981; Seale, 2002). A frequência com que a profissão de enfermagem surge na imprensa é muito oscilante, estando mais presentes nos períodos relativos aos anos de 1990 a 1992 e 1999 a 2001 e, depois, entre os anos 1996 e 1998.

### **Farmacêuticos**

Os farmacêuticos e similares são referenciados em apenas 2,2% das unidades informativas de forma constante ao longo dos quinze anos de análise.

### **Outros profissionais de saúde**

Outros profissionais de saúde ou a sua designação geral surgem em 12,3% dos artigos de imprensa, presença essa que é constante em todo o período analisado até ao último triénio, momento em que perdem visibilidade de forma significativa.

Se analisarmos a distribuição dos diferentes grupos de actores pelos jornais estudados,<sup>86</sup> verifica-se que os poderes de Estado e instituições públicas e a sociedade civil e instituições privadas tendem a estar mais presentes no jornal PUB e menos no CM em relação aos primeiros, do que no EXP em relação aos segundos. As unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde tendem a ser mais objecto de trabalho no jornal de cariz popular e menos no semanário. Refira-se ainda que o conjunto dos privados, quer as unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde, quer os interesses comerciais e financeiros, têm uma maior presença no semanário e menos no CM, ao contrário dos profissionais de prestação directa de cuidados de saúde que tendem a estar menos presentes naquele jornal e mais no PUB.

---

<sup>86</sup> Ver Quadro 19 em anexo.

Os poderes de estado e as instituições públicas são o principal alvo dos editoriais jornalísticos, comparativamente com os outros formatos noticiosos e em termos relativos, enquanto que a sociedade civil e as instituições privadas surgem em particular na opinião veiculada em crónicas, colunas e comentários regulares de individualidades. As unidades públicas de cuidados de saúde são as mais referenciadas em reportagens e notícias, enquanto os profissionais de saúde são focados em particular na opinião produzida por via de cartas de leitores ou de artigos de personalidades exteriores ao jornal. Os interesses comerciais e financeiros têm uma maior presença em reportagens e, a seguir, em entrevistas.<sup>87</sup>

Estes resultados demonstram que de certa forma os assuntos sobre o sistema de saúde tendem de facto a ser tratados de maneira algo distinta, segundo os critérios editoriais de cada tipo de jornal (de referência, popular ou semanário) e com o público-alvo a que se dirige. O PUB e o EXP dão maior protagonismo a actores ligados à política e ao debate sócio-político, enquanto o CM se refere mais frequentemente às unidades de cuidados de saúde públicos (sobretudo hospitais) e aos seus profissionais (em particular, médicos), ou seja, refere-se a quem presta os cuidados de saúde e onde, cujos assuntos com eles relacionados interessarão a um público mais vasto.

Em suma, o governo, os utentes, os hospitais públicos e os médicos, embora a referência aos utentes seja qualitativamente diferente dos restantes três tipos de actores, assumindo sobretudo uma posição passiva, são os quatro tipos de actores mais nomeados nos discursos informativos sobre o sistema de saúde em Portugal.

As instituições de carácter profissional em conjunto têm ainda alguma expressão, como é o caso das ordens profissionais, das associações sócio-profissionais e dos sindicatos, quase sempre associados à profissão médica. A visibilidade destes organismos conferem assim ainda mais protagonismo à classe médica e ajudam a confirmar a hegemonia já descrita que a profissão assume na globalidade dos conteúdos mediáticos nos mais variados domínios, que vão desde as representações sobre a saúde e a doença, às políticas de saúde relacionadas com o funcionamento do sistema e dos serviços de saúde e com os assuntos laborais e de recursos humanos, passando pela própria a sua própria imagem da actividade médica (Signorelli, 1990; Turow, 1989; Turow & Coe, 1993). Com efeito, os restantes profissionais de saúde assumem um protagonismo baixo, como é o caso dos enfermeiros por exemplo ou dos farmacêuticos,

---

<sup>87</sup> Ver Quadro 20 em anexo.

profissões absolutamente decisivas na prestação de cuidados de saúde e, consequentemente, e visíveis na sua relação com os utentes.

A restante ampla variedade de actores relacionados com o sector da saúde têm assim visibilidades diminutas ou mesmo praticamente inexistentes, tendo em conta sobretudo aqueles que são de enorme relevância na prestação de cuidados de saúde às populações. Com efeito, escreve-se bastante menos sobre os cuidados de saúde primários nas páginas dos jornais, existindo poucos conteúdos informativos onde sejam nomeados Centros de Saúde específicos ou referindo-se a eles em termos gerais, o que é consentâneo com a valorização que os *mass media* têm feito do paradigma biomédico (Best, et al., 1977) em detrimento dos cuidados de saúde primários com menores recursos tecnológicos, mais orientados para a comunidade e com uma maior dimensão preventiva (Karpf, 1988). O mesmo acontece com as farmácias ou com unidades de saúde do sector privado que são praticamente inexistentes no panorama informativo.

#### ***As Fontes Jornalísticas sobre Saúde***

De acordo com Rogério Santos (2001, pp. 95-96), a fonte pode ser definida como o “agente que o jornalista observa e entrevista, no sentido de fornecimento de informação e sugestão noticiosa. Ela organiza-se para publicitar interesses próprios, garantindo acesso a enquadramentos específicos de um acontecimento e não apenas a sua simples menção ou cobertura. Como o jornalista nem sempre está em posição de observar uma ocorrência noticiável, precisa de alguém que lhe faça um relato o mais correcto possível – a fonte”. Cada fonte, individual ou em nome de uma organização, através do relato de acordo com a sua perspectiva pessoal, procura assim estabelecer um significado específico relativamente a um acontecimento. A concorrência entre os diversos agentes sociais envolvidos no campo jornalístico possibilita a justaposição de entendimentos sobre os mais variados assuntos e interesses e dentro de cada um deles, garantindo assim a circulação de várias perspectivas e a possibilidade de trazer a público novos assuntos que podem estar mais ou menos ocultos aos olhos do público (Santos, 2002).

No entanto, nem todas as fontes são valorizadas de igual forma pelos jornalistas, isto é, nem todas possuem o mesmo capital simbólico e tipo de acesso aos meios de comunicação social (Bourdieu, 1994), existindo uma acentuada preferência por fontes oficiais na produção noticiosa (McQuail, 1992). Assim, enquanto essas fontes mais valorizadas, detentoras de maior estatuto e poder social, conseguem com maior facilidade colocar os seus acontecimentos publicamente, ou veicular os seus símbolos e

significados sobre os assuntos que lhes dizem respeito, justificando dessa forma a autoridade das instituições a que pertencem, outras fontes menos poderosas e portanto com menos visibilidade (por exemplo, organizações não governamentais, associações, pequenas instituições, etc.) disputam com essas fontes e entre si a divulgação dos seus acontecimentos e perspectivas na comunicação social (Santos, 2001).

As fontes mais poderosas desempenham assim um papel crucial na determinação do que é publicado. Embora durante a elaboração dos conteúdos informativos o jornalista possa trabalhar com base em diversas fontes, as citadas acabam por ser sobretudo as oficiais (ou comentadores consagrados e especialistas de relevo) que terão a capacidade de institucionalizar e legitimar socialmente a peça jornalística, bem como conferir veracidade ao que é noticiado (Santos, 2001).

Para que possam ter sucesso junto dos meios de comunicação social, as fontes tentam compreender e apreender quais os critérios de noticiabilidade que os jornalistas empregam e o que valorizam mais numa fonte (Ericson, Baranek, & Chan, 1989). Assim, uma fonte tem presente que a informação por si veiculada sobre um acontecimento deve ser consentânea com os “valores-notícia” vigentes no órgão de comunicação social a que se dirigem e que orientam o trabalho jornalístico. Tentam assim incluir nas suas mensagens e nos enquadramentos das notícias aspectos que estimulem o interesse dos jornalistas, tais como os que se relacionam com a novidade, o dramatismo, o sensacionalismo, a negatividade e a controvérsia; ou que, por outro lado, joguem com os factores decorrentes da forma como a produção noticiosa é desenvolvida, tais como a falta de tempo dos jornalistas e, quanto menos informação existir sobre um assunto, mais os jornalistas tendem a aceitar o material cedido pelas fontes; as fontes oficiais em particular facultam recursos como exclusivos, dossiers de informação já compilados, imagens e grafismos. Inversamente, fontes com poucos recursos ou pior sedimentadas têm maior dificuldade no acesso aos meios de comunicação social, que compensam e atraem a sua cobertura quando são organizadas e promovem acções espectaculares ou quando proporcionam controvérsia, põem em causa crenças ou desafiam a conformidade social (Anderson, 1997; Ericson, et al., 1989).

As fontes fornecem informação de acordo com os seus interesses, tentando deliberadamente publicitar factos positivos sobre si ou sobre a sua instituição, enquanto se esforçam por manter oculta toda a informação negativa que possa afectar a sua imagem pública, censurando ou omitindo factos na tentativa de controlar a realidade social dos acontecimentos. Tanto numa situação como noutra, as fontes definem os

dados envolvidos sobre qualquer assunto (Santos, 2001). Casos há também em que as fontes apenas dão simplesmente o seu testemunho em relação a um acontecimento que presenciaram ou que viveram em nome próprio sem que estejam envolvidos grandes interesses particulares.

A interacção entre as fontes e os jornalistas é sustentada, por um lado, pela colaboração entre as duas partes e, por outro, pela assunção da autonomia de acção de cada uma delas (Anderson, 1997; Ericson, et al., 1989; Santos, 1997; Schlesinger, 1990), decorrendo esta relação num campo de conflito e de cooperação onde nem sempre os interesses estão visíveis ou são assumidos (Santos, 2001). Com efeito, apesar das estratégias das fontes e das narrativas que empregam, o jornalista tem sempre o poder de captar “do acontecimento o que entende ter valor para si, para os objectivos da organização noticiosa a que pertence e para os interesses dos seus leitores ou telespectadores. (...) O jogo ou o negócio entre a fonte e o jornalista para assumir compromissos de entendimento ou de liderança é um processo nunca encerrado” (Santos, 2001, p. 132).

Um dos resultados que logo ressalta da análise é o elevado número de artigos que nomeiam uma ou mais fontes na construção do discurso noticioso: perto de três quartos do total de artigos (73,7%) enunciam pelo menos uma fonte de forma directa, existindo em média 1,4 tipos de fontes por peça jornalística.<sup>88</sup> O trabalho jornalístico e a construção do discurso noticioso sobre saúde recorre, portanto, muito a fontes de informação. A maioria são referenciadas, isto é, remetem para uma intertextualidade, em que o enunciador e o seu discurso são aceites activamente, assumidos e absorvidos pelo trabalho jornalístico e expressos no conteúdo noticioso sem ser citado *ipsis verbis* (Rebelo, 2002). Muitas dessas fontes são invocadas nos textos com declarações na primeira pessoa (citações), conferindo explicitamente total visibilidade e responsabilidade do que é citado aos sujeitos enunciadores. Como refere Rebelo (2002, p. 67), ao citar uma declaração de uma fonte “o jornal diferencia, autonomiza, conserva o estatuto dos enunciados que reporta”.

---

<sup>88</sup> Em cada artigo foram categorizados todos os tipos de fontes referidos no discurso de forma directa pela ordem de surgimento. Os dados apresentados são assim resultado dessa categorização múltipla, correspondendo os valores percentuais calculados em função do total dos artigos onde estão nomeadas fontes (1895) e não das categorias classificadas (2734).

**Quadro 10:** Fontes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

Fontes	n	%
Sim	1895	73,7
Não	675	26,3
Total	2570	100,0

Esta dependência da enunciação de fontes pode também ficar a dever-se, em parte, aos jornais da amostra serem dois diários e um semanário, dado que jornais diários, com fluxos de trabalho mais rápidos, estão mais dependentes da agenda (acontecimentos previstos, comunicados, contactos, etc.) e de fontes que apresentem e/ou elucidem os factos, ao contrário dos semanários e das revistas (Santos, 2001). Para além disso, a elevada menção das fontes utilizadas, sobretudo das oficiais, como se verá a seguir, são essenciais para institucionalizar e legitimar socialmente a informação transmitida, bem como a citação de individualidades ou especialistas (Santos, 2001), em particular quando os assuntos são sobre saúde (Kline, 2003; Seale, 2002, 2004).

O Estado constitui-se, na globalidade, como a principal fonte do trabalho jornalístico sobre o sistema de saúde, quer seja, principalmente, a informação emitida por actores ligados aos principais órgãos de governo, quer a oriunda de organismos governamentais administrativos e de regulação do sector da saúde, estando referenciados em 18,5% e 12,7%, respectivamente, dos artigos que utilizaram fontes para a construção da notícia, sendo identificadas de forma directa nos artigos analisados. Em relação aos primeiros, essas fontes são sobretudo o próprio Ministro da Saúde com grande destaque e só depois os Secretários de Estado e Secretários de Estado Adjuntos do mesmo ministério; com menos expressão, surgem depois os assessores e outras fontes oficiais do Ministério da Saúde. As fontes de outros ministérios são praticamente inexistentes. Em relação aos segundos, as principais fontes são os presidentes das várias administrações regionais de saúde e os directores e sub-directores gerais de saúde (de carácter mais administrativo); os Inspectores-Gerais de Saúde e o presidente do INFARMED, organismo que actua exclusivamente no sector farmacêutico (com funções de regulação e inspecção). O maior recurso a este tipo de fontes segue a tendência já conhecida de estudos que se têm debruçado sobre a relação entre a prática do jornalismo e as suas fontes, que é o domínio das fontes oficiais na produção de notícias (Schlesinger, 1990), em particular as ligadas ao governo (Santos, 2001).<sup>89</sup>

<sup>89</sup> Um estudo demonstra que as fontes governamentais são citadas pelos jornais duas vezes mais que as fontes oriundas do sector privado, enquanto outro conclui que 78% das fontes são de origem governamental (Ericson et al., 1991 e Sigal, 1973 citados em Santos, 2001).



**Quadro 11:** Fontes presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Actores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>		
Órgãos de governo	351	18,5
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	240	12,7
Parlamento e partidos políticos	91	4,8
Poder local	113	6,0
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	36	1,9
Ensino e Investigação	117	6,2
Entidades judiciais e policiais	45	2,4
Outros poderes de Estado e instituições públicas	55	2,9
<b>Utentes, Sociedade civil e instituições privadas</b>		
Utentes	92	4,9
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	71	3,7
Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde	5	0,3
Outras associações	21	1,1
Ordens profissionais	163	8,6
Sindicatos	213	11,2
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	110	5,8
Comunicação social	219	11,6
Instituições religiosas	20	1,1
Organizações internacionais	33	1,7
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	26	1,4
<b>Interesses financeiros e comerciais</b>		
Grupos económicos e financeiros	8	0,4
Indústria e serviços do sector da saúde	7	0,4
Indústria farmacêutica	33	1,7
Empresas de seguros	7	0,4
Associações de interesse sócio-económico	65	3,4
Outros interesses comerciais e financeiros	12	0,6
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais públicos	205	10,8
Centros de saúde	26	1,4
Outras unidades de cuidados de saúde	38	2,0
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais privados	6	0,3
Farmácias	2	0,1
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	7	0,4
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>		
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde	2	0,1
<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Médicos	243	12,8
Enfermeiros	21	1,1
Farmacêuticos e similares	5	0,3
Outros profissionais de saúde	25	1,3

A produção de informação sobre o sistema de saúde, sendo uma das principais áreas do social sobre a qual se escreve na imprensa, e cada vez mais como vimos ao longo do período em análise, vem dependendo cada vez mais e de forma acentuada destas fontes oficiais oriundas de organismos governamentais administrativos e de

regulação ligados ao sector, bem como dos principais órgãos de governo, embora o recurso a estas últimas fontes seja mais estável comparativamente com os anteriores.<sup>90</sup>

Os médicos são, a seguir, a fonte mais referenciada nas notícias, prestando informações em 12,8% dos artigos analisados.<sup>91</sup> O recurso a médicos enquanto fontes informativas oscila ao longo do período em análise, decrescendo continuamente nos nove primeiros anos, para voltar a subir significativamente entre 1999 e 2001, e diminuindo novamente nos últimos três anos. Se atendermos à proeminência das fontes ligadas a organizações de defesa de interesses sócio-profissionais como os sindicatos, que são a quinta fonte mais citada (11,2%) e as Ordens (8,6%), na sua grande maioria ligadas a esses profissionais (quase sempre pela voz dos seus presidentes ou bastonários), bem como o recurso às associações e sociedades sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde (5,8%), verifica-se que a classe médica, a par do Estado, é o outro pilar fundamental a quem os jornalistas recorrem para a construção da informação sobre o sistema de saúde. Se se analisar o recurso às fontes representantes dos interesses sócio-profissionais ao longo de todo o período em análise, constata-se que os sindicatos têm tido uma presença constante na maior parte do tempo, exceptuando entre os anos 1993 e 1995, em que as referências diminuem de forma algo acentuada, assim como no último triénio, onde pode ser encontrada uma nova tendência de descida. Quanto à Ordens profissionais, eram muito pouco citadas enquanto fontes nos três primeiros anos da década de 1990, para a partir desse momento quase quintuplicarem a percentagem de artigos onde são referenciadas, valor que se mantém relativamente estável, em termos relativos, durante os restantes anos do período analisado. Já as associações e sociedades sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde tendem a decrescer entre 1996 e 2001, para voltarem a subir nos últimos três anos.

A citação de outros órgãos de comunicação social enquanto fontes de informação tende globalmente a aumentar ao longo dos quinze anos, particularmente entre 1993 e 1995 e depois entre 1999 e 2001. Os jornalistas e outros órgãos de informação também podem ser utilizados como fontes para a composição de uma peça jornalística. Com efeito, 11,6% dos artigos fazem referência à informação veiculada por outros órgãos de comunicação social. Estas fontes são, em grande parte, agências

---

<sup>90</sup> Ver Quadro 21 em anexo.

<sup>91</sup> As restantes profissões quase não são ouvidas pelos jornalistas: os enfermeiros apenas surgem como fontes em 1,1% dos textos, enquanto que os farmacêuticos e similares são praticamente inexistentes (0,3%). Outros profissionais de saúde são citados em 1,3% dos artigos.

noticiosas citadas no corpo do texto e não enquanto autores do próprio artigo, sendo poucos os órgãos similares como os que citam essas fontes (outros jornais diários ou semanários, televisões ou rádios), constituindo-se assim na quarta fonte mais citada na globalidade dos tipos de fontes classificadas. O recurso à própria comunicação social enquanto fonte começa a ser mais comum no triénio de 1993 a 1995, oscilando nos anos seguintes até ao final do período analisado, sendo particularmente abundante entre os anos de 1999 e 2001.

Neste grupo de fontes com maior expressão, surgem ainda os actores que respondem pelo funcionamento dos hospitais públicos, a grande maioria directores e presidentes dos conselhos de administração, referenciados em 10,8% dos artigos analisados. As fontes relativas aos Centros de Saúde praticamente não existem, citadas em apenas 1,4% dos textos. Outras unidades de cuidados de saúde para além destas duas estão presentes em 2,0% dos artigos analisados. A presença de fontes responsáveis pelos hospitais públicos e maternidades na imprensa desce de forma muito significativa entre os anos de 1993 e 1995, mantendo-se relativamente estável até ao final do período analisado.

As restantes fontes pouca ou nenhuma expressão têm na globalidade dos actores a quem os jornalistas recorrem e citam no decorrer do trabalho jornalístico. Com alguma expressão, encontram-se ainda os especialistas ligados à investigação na área da saúde e outros actores pertencentes ao ensino. As fontes pertencentes ao poder local (sobretudo através dos próprios Presidentes de Câmara), bem como os deputados da Assembleia da República, em particular, mas também políticos sem cargos parlamentares pertencentes, a partidos, são referenciadas em 6,2%, 6% e 4,8% do material analisado respectivamente. A presença de fontes relacionadas com o ensino e investigação destaca-se entre os anos de 1996 e 1998. O parlamento e os partidos políticos apresentam-se de forma irregular enquanto fontes no decorrer do período em análise, encontrando-se em maior número nos três primeiros anos e em 1999 e 2001, ocorrendo menos entre 1992 e 1994. A presença de fontes ligadas ao poder local é relativamente estável durante os anos em análise.

Os utentes e a sociedade civil, nomeadamente no que se refere ao associativismo ligado ou não directamente a causas relacionadas com a área de saúde, pouco são utilizados pelos jornalistas enquanto fontes. Como se observa no Quadro 11, os utentes são citados como fontes em apenas 4,9% dos artigos, sobretudo a relatarem

experiências pessoais.<sup>92</sup> Por seu turno, as associações com actuação na área da saúde surgem em 3,7% e outras associações em 1,1%. Os movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde constam em 0,3% de textos. O recurso a utentes enquanto fontes informativas sobe continuamente nos primeiros nove anos, decaindo de forma abrupta entre os anos de 1999-2001, para voltar a subir nos últimos três anos, enquanto que a presença de fontes pertencentes a associações de doentes ou instituições relacionadas com doenças específicas aumenta do primeiro para o segundo triénio para depois decrescer de forma gradual até ao fim do período analisado.

Verifica-se também uma expressão quase nula de fontes ligadas ao sector privado no âmbito do sistema de saúde, quer as que dizem respeito a unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde, quer as relativas aos interesses comerciais e financeiros. Entre estes últimos, apenas as fontes pertencentes ao sector farmacêutico têm ainda assim alguma expressão, uma vez que as mais referenciadas são as que pertencem a associações de interesse sócio-económico, como a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) e a Associação Nacional de Farmácias (ANF), pela voz quase exclusiva dos seus presidentes e directores executivos, e a actores ligados à indústria farmacêutica (produtores e distribuidores), presentes em 3,4% e 1,7% dos artigos respectivamente. As fontes oriundas de associações de interesse sócio-económico têm maior presença nos três primeiros e nos três últimos anos do período analisado e, inversamente, uma menor expressão entre 1999 e 2001.

Em conclusão, a dependência das fontes na construção noticiosa é elevada e a relevância das diversas fontes vai no mesmo sentido da tendência da visibilidade global dos actores no discurso informativo, embora de uma forma ainda mais vincada, com excepção dos utentes que são muito menos utilizados como fontes pelo carácter qualitativamente diferente dos restantes actores com que surgem no discurso, como já referido anteriormente. Com efeito, os actores que assumem maior protagonismo na globalidade da informação sobre saúde em Portugal são depois praticamente os únicos que servem de interlocutores enquanto fontes de informação e com base nas quais os jornalistas se baseiam para construir os enquadramentos informativos e as visões

---

<sup>92</sup> O recurso a indivíduos singulares enquanto fontes pode ocorrer em três situações: quando é pretendida uma reacção pública a acontecimentos que já foram enquadrados previamente pelas fontes institucionais; um testemunho crítico a políticas ou práticas com implicações directas sobre si, normalmente negativas; ou uma expressão de emoções relativa a acontecimentos críticos ou de perspectivas particulares nas decisões oficiais que apoiam o enfoque pessoal e profissional do jornalista (Santos, 2001). As fontes individuais utilizadas no âmbito de assuntos relacionados com o sistema de saúde incluem-se sobretudo na segunda situação.

veiculadas sobre os diversos assuntos. Assim, as fontes oficiais, como as governativas são as mais utilizadas no trabalho jornalístico, seguindo-se os médicos e outros actores com responsabilidades nos hospitais públicos. As organizações profissionais, quase exclusivamente associados à profissão médica, assumem um protagonismo relevante, em particular os sindicatos e depois a Ordem dos Médicos. A estes actores junta-se ainda a comunicação social, que é uma fonte importante no conjunto dos actores dada a tendência já conhecida de órgãos de informação recorrerem à informação veiculada por outros órgãos na construção dos conteúdos noticiosos (Santos, 2002), o que indicia uma reprodução ainda mais assinalável dos valores dominantes associados ao sistema de saúde. A restante ampla variedade de actores que opera no sistema, ou que com ele se relaciona de forma mais indirecta, está praticamente ausente do discurso jornalístico sobre o sector enquanto fontes de informação e de representação sobre os diversos assuntos.



## Capítulo 9

### Títulos jornalísticos sobre a saúde e o sistema de saúde

De acordo com Fontcuberta (1999, p. 91), “os títulos jornalísticos identificam, anunciam e resumem as notícias. Despertam o interesse do público e comunicam o que há de mais importante na informação”. De acordo com o mesmo autor, os títulos devem ter uma autonomia própria em relação ao resto do texto jornalístico, isto é, devem ter a capacidade de se libertar da informação global que pretendem resumir e serem inteligíveis por si próprios, de forma a possibilitar imediatamente a apreensão por parte do leitor do facto noticioso principal. Desta forma, a construção de um título é uma das tarefas mais difíceis e complexas do processo de produção noticiosa que os jornalistas têm que resolver, na medida em que deve combinar duas operações: máximo de informação e espaço previamente definido.

A importância de analisar a informação contida nos títulos dos artigos jornalísticos, deve-se, segundo Ladevéze (1991: 220), ao facto de “os títulos dos jornais serem geralmente orações que não se podem estudar senão como ‘orações de texto’, na medida em que, cumprindo uma função informativa por si só, cumprem também funções enfaticamente expressivas e apelativas. É por esta última razão que muitos títulos não são apenas orações gramaticais”. A análise dos títulos permite, pois, uma aproximação à singularidade informativa respeitante aos acontecimentos objecto da notícia, ao mesmo tempo que indicia a tendência retórica presente no processo de produção da informação. Nesta medida, a análise encontra-se orientada para o estudo do “sentido da mensagem jornalística”, através do estilo, do levantamento da variabilidade dos títulos e da frequência das áreas temáticas e categorias analíticas (palavras-chave) (Garcia, 1995: 106).

**Actores nos títulos**

Se a análise dos actores em todo o conteúdo do artigo de imprensa nos dá a incidência de todos os intervenientes que surgem relacionados com o sector da saúde, a análise da frequência dos actores nos títulos dá-nos a percepção mais exacta sobre quem se escreve em particular, sendo necessariamente estes os actores principais do conteúdo informativo com direito a destaque particular que o título por si só confere, cumprindo, como foi referido, funções enfaticamente expressivas e apelativas.

**Quadro 12:** Actores nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

Actores	n	%
Sim	1803	70,1
Não	767	29,9
Total	2570	100,0

Como se observa no quadro anterior, na grande maioria dos artigos informativos (mais de dois terços, 70,1%), os actores principais estão identificados no título principal, ficando o leitor imediatamente informado sobre quem se está a escrever.<sup>93</sup>

Os hospitais públicos são marcadamente as entidades mais destacadas na imprensa quando observamos os títulos principais das peças jornalísticas. Estando presentes em 30,7% dos títulos que incluem alguma referência a actores, esta incidência reforça a característica hospitalocêntrica da comunicação social no tratamento da informação sobre o sistema de saúde. Muito mais presentes nos títulos dos jornais diários (CM e PUB) e menos em termos relativos no semanário (EXP),<sup>94</sup> esta incidência começa por ser elevada entre os anos 1990 e 1992,<sup>95</sup> para decair acentuadamente nos três anos seguintes, retomando uma maior visibilidade nos títulos dos jornais nos nove anos seguintes, muito em especial no último triénio do período analisado (entre 2002 e 2004). Esta maior presença de títulos com um foco especial nos hospitais fica a dever-se sobretudo a uma das reformas mais emblemáticas do governo da altura, que foi a transformação dos hospitais públicos em hospitais SA. Os Centros de Saúde surgem

<sup>93</sup> Formalmente, um título pode ser composto por três elementos: o antetítulo, o título propriamente dito (ou cabeça) e um subtítulo ou sumário. Enquanto o título conta a notícia, o antetítulo e o sumário apresentam ou explicam os motivos e outros dados complementares, mas importantes, contidos no artigo jornalístico (Fontcuberta, 1999). Todos estes elementos foram tidos em conta para efeitos de análise de conteúdo dos títulos, tendo sido, em cada artigo, categorizados todos os actores identificados pela ordem de surgimento (título, antetítulo e subtítulo). Os dados apresentados são por isso resultado dessa categorização múltipla, correspondendo os valores percentuais calculados em função do total dos artigos com actores identificados no título (1803) e não das categorias classificadas (2388).

<sup>94</sup> Ver Quadro 22 em anexo.

<sup>95</sup> Ver Quadro 23 em anexo.



somente em 3,6% dos títulos com actores identificados, ocorrendo ainda menos de forma acentuada entre os anos de 2002 e 2004. Apenas os diários CM e PUB escrevem artigos sobre estas unidades de saúde com protagonismo suficiente que originem títulos noticiosos.

**Quadro 13:** Actores identificados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Actores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>		
Órgãos de governo	242	13,4
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	60	3,3
Parlamento e partidos políticos	59	3,3
Poder local	11	0,6
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	7	0,4
Ensino e Investigação	82	4,5
Entidades judiciais e policiais	42	2,3
Sub-sistemas de saúde	1	0,1
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	38	2,1
Outros poderes de Estado e instituições públicas	24	1,3
<b>Utentes, Sociedade civil e instituições privadas</b>		
Utentes	302	16,7
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	3	0,2
Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde	3	0,2
Outras associações	7	0,4
Ordens profissionais	78	4,3
Sindicatos	34	1,9
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	5	0,3
Comunicação social	6	0,3
Instituições religiosas	14	0,8
Organizações internacionais	6	0,3
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	14	0,8
<b>Interesses financeiros e comerciais</b>		
Grupos económicos e financeiros	9	0,5
Indústria e serviços do sector da saúde	7	0,4
Indústria farmacêutica	43	2,4
Empresas de seguros	2	0,1
Associações de interesse sócio-económico	16	0,9
Serviços privados de saúde em geral	15	0,8
Outros interesses comerciais e financeiros	9	0,5
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais públicos	553	30,7
Centros de saúde	65	3,6
Outras unidades de cuidados de saúde	35	1,9
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais privados	3	0,2
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	31	1,7
Farmácias	52	2,9
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>		
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde	1	0,1

*Cont.*

<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Médicos	386	21,4
Enfermeiros	79	4,4
Farmacêuticos e similares	16	0,9
Outros profissionais de saúde	28	1,6

A análise também reforça a centralidade dos médicos na informação que é produzida, na medida em que estes são os segundos actores mais referenciados em 21,4% desses títulos que incluem protagonistas. A visibilidade dada às Ordens profissionais em 4,3% dos títulos, sendo a esmagadora maioria referente à classe médica, contribui para reforçar ainda mais essa centralidade. A presença das ordens nos títulos ocorre mais nos jornais PUB e EXP e sobe em termos gerais de forma notória no segundo triénio, para voltar a decrescer nos seis anos posteriores, aumentando novamente a sua visibilidade nos títulos entre 2002 e 2004. É de notar que os sindicatos adquirem menor notoriedade nos títulos (1,9%) comparativamente com as Ordens, sendo atribuído às primeiras um estatuto diferente capaz de conquistar maior destaque nos títulos dos artigos, quando é sabido, como ficou demonstrado, que a presença de ambos é relativamente idêntica na globalidade da informação publicada sobre o sistema de saúde ao longo dos anos, embora com maior presença no jornal PUB. Os enfermeiros surgem em apenas 4,4% dos títulos analisados, decrescendo significativamente do primeiro para o segundo triénio e, subindo de forma gradual nos seis anos seguintes, para voltar a decair entre 2001 e 2004, com maior prevalência em termos gerais no jornal CM. O destaque que lhes é dado não é uniforme, começando por crescer entre 1993 e 1995 de forma significativa, diminuindo nos seis anos seguintes para voltar a subir no último triénio, entre 2002 e 2004. Proporcionalmente, os títulos sobre médicos existem mais significativamente no semanário EXP e menos nos diários (CM e PUB).

A referência nos títulos aos utentes ocorre ainda com uma visibilidade considerável em comparação com os restantes actores (16,7%), o que se justifica por serem para quem se escreve e os principais interessados na informação sobre os serviços de saúde, associando-se desde logo nos títulos as implicações que determinados assuntos podem ter directamente para eles ou a que estão associados, apesar de as associações, sobretudo de doentes e os movimentos de utentes dos serviços de saúde, que são as formas organizadas de defesa dos seus interesses com intervenção cívica, terem uma presença praticamente nula nesses títulos. A menção aos utentes é mais

comum entre 1993 e 1995, bem como durante os últimos seis anos do período em análise (de 1999 a 2004). Diferenças também podem ser encontradas por jornal, observando-se que os títulos com referências directas aos utentes são muito mais comuns nos diários, sobretudo no CM, e praticamente inexistentes no semanário EXP.

Com um pouco menos de visibilidade surgem os principais órgãos de governo em 13,4% dos títulos, cujo destaque se fundamenta no facto de tutelarem o funcionamento do sistema de saúde, centrais na organização dos diferentes níveis de prestação de cuidados e na regulação das actividades dos diversos actores que nele operam, sendo por isso um pólo de interpelação e alvo de escrutínio público por via dos *mass media*. O governo começa por ter a presença mais baixa nos títulos das notícias no primeiro triénio da análise, subindo acentuadamente entre 1993 e 1995, período em que atinge maior visibilidade, para diminuir gradualmente nos nove anos seguintes. O EXP é o jornal que mais títulos faz em termos relativos com os principais órgãos de governo de forma destacada, enquanto que os diários são os que menos o fazem, em particular o CM. Os organismos governamentais administrativos e de regulação com actuação na área da saúde ajudam a reforçar a visibilidade do Estado nos títulos de imprensa, na medida que ainda obtêm alguma expressão, surgindo em 3,3% dos artigos, em particular entre 1993 e 1995, bem como entre 1999 e 2004 (sobretudo no jornal PUB e menos no CM). O parlamento e os partidos políticos estão presentes também em 3,3% dos títulos, sobretudo entre 1990 e 2001 e entre 1999 e 2004, com maior incidência no PUB em termos gerais. A designação SNS surge apenas em 2,1% dos artigos de forma relativamente constante ao longo do período em análise, com maior presença nos títulos do jornal PUB.

Refira-se ainda que os interesses privados são praticamente inexistentes nos títulos das notícias, tendo ainda assim uma ténue expressão as farmácias (2,9%) e a indústria farmacêutica (2,4%). A referência aos primeiros nos títulos tende a subir gradualmente ao longo dos anos, voltando a diminuir abruptamente entre 2002 e 2004, com maior presença nos títulos do EXP, enquanto que os segundos têm particular incidência entre 1990 e 1992, mantendo-se a partir desse momento com menor visibilidade uniformemente até 2004, ocorrendo mais títulos no CM e menos no PUB na globalidade.

Na análise dos actores que fazem parte dos títulos deve ser também contemplada a forma como estes surgem no discurso em termos das suas características mais institucionais ou personalizadas. A “personalização” dos títulos é um formato de

apresentação com o qual se descrevem ocorrências, acções ou políticas, não em resultado do funcionamento de instituições ou a partir de uma visão estrutural, mas sim em resultado de acções individuais, como as de um político, um médico ou qualquer outro cidadão a quem se atribui uma responsabilização (R. M. Entman, 1989; Patterson, 1993).

**Quadro 14:** Existência de actores personalizados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

Actores	n	%
Sim	293	16,2
Não	790	83,8
Total	1803	100,0

Do total de actores referenciados nos títulos, 16,2% surgem de forma personalizada, isto é, existe identificação de uma figura singular, de um rosto, sobre quem se fala e a quem é atribuída uma acção ou uma responsabilidade.

Os detentores de cargos pertencentes aos principais órgãos de governo são marcadamente os principais visados nos títulos dos jornais, surgindo em cerca de metade (48,8%) desses títulos personalizados, com especial incidência para os sucessivos titulares da pasta do Ministério da Saúde, que são esmagadoramente os mais referidos. Esta ocorrência cresce de forma continuada ao longo do período em análise, tendo os ministros da saúde maior destaque com base na sua personalização entre 1996 e 2001 (mais concretamente, corresponde ao período governativo das Ministras Maria de Belém e Manuela Arcanjo), decrescendo essa nomeação nos títulos no último triénio, entre 2002 e 2004, de forma abrupta para o valor mais baixo de toda a análise.<sup>96</sup> Esta característica é mais comum no semanário EXP em termos relativos e bastante menos nos diários, embora o PUB utilize mais esta forma de construir os títulos do que o CM.<sup>97</sup>

Os médicos são a seguir os mais referidos nos títulos (17,4%). A referência a médicos individualizados é bastante irregular no decorrer dos anos, descendo acentuadamente entre 1993 e 1995, para voltar a subir nos seis anos seguintes, ocorrendo a maior nomeação entre 1999 e 2001, voltando a decrescer de forma marcada entre 2002 e 2004. Esta nomeação é relativamente comum aos três jornais, embora o jornal PUB é ainda assim o que menos o faz.

<sup>96</sup> Ver Quadro 24 em anexo.

<sup>97</sup> Ver Quadro 25 em anexo.

**Quadro 15:** Actores personalizados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Actores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>		
Órgãos de governo	143	48,8
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	8	2,7
Parlamento e partidos políticos	8	2,7
Poder local	3	1,0
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	2	0,7
Ensino e Investigação	3	1,0
Entidades judiciais e policiais	7	2,4
Sub-sistemas de saúde	0	0
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	0	0
Outros poderes de Estado e instituições públicas	1	0,3
<b>Utentes, Sociedade civil e instituições privadas</b>		
Utentes	35	11,9
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	0	0
Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde	0	0
Outras associações	0	0
Ordens profissionais	20	6,8
Sindicatos	0	0
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	0	0
Comunicação social	0	0
Instituições religiosas	0	0
Organizações internacionais	0	0
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	2	0,7
<b>Interesses financeiros e comerciais</b>		
Grupos económicos e financeiros	0	0
Indústria e serviços do sector da saúde	0	0
Indústria farmacêutica	0	0
Empresas de seguros	0	0
Associações de interesse sócio-económico	1	0,3
Serviços privados de saúde em geral	0	0
Outros interesses comerciais e financeiros	2	0,7
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais públicos	20	6,8
Centros de saúde	0	0
Outras unidades de cuidados de saúde	0	0
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais privados	0	0
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	1	0,3
Farmácias	0	0
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>		
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde	0	0
<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Médicos	51,0	17,4
Enfermeiros	5,0	1,7
Farmacêuticos e similares	1,0	0,3
Outros profissionais de saúde	1,0	0,3

Os utentes são os terceiros actores mais individualizados, estando presentes em 11,9% destes títulos. A nomeação de doentes começa por ser mais elevada no início do período analisado, diminuindo de forma acentuada entre 1993 e 1998, nos dois triénios seguintes, para voltar a ser mais comum nos dois últimos triénios, sobretudo entre 1999 e 2001. O CM é de forma acentuada o jornal que mais faz títulos tendo por base a nomeação de utentes, enquanto que no EXP é praticamente inexistente.

Os dirigentes das Ordens profissionais surgem ainda com alguma visibilidade, constando em 6,8% destes títulos. A grande maioria incide sobre o bastonário da Ordem dos Médicos, o que indicia o prestígio e estatuto social que este cargo detém na sociedade, trazendo-o para os títulos das notícias de forma individualizada. Essa proeminência dos bastonários nos títulos começa por subir significativamente entre 1993 e 1995, decrescendo nos seis anos seguintes de forma gradual para voltarem a estar mais presentes entre 2002 e 2004, sendo em termos gerais mais comum no jornal PUB e um pouco menos no CM, enquanto que no EXP é praticamente nula.

Com a mesma proeminência surgem os responsáveis pelo funcionamento dos hospitais públicos (6,8%). A sua presença sobe de forma marcante entre 1993 e 1995, decrescendo ligeiramente no triénio seguinte, para a seguir quase desaparecerem dos títulos entre 1999 e 2001, subindo abruptamente no último triénio, entre 2002 e 2004. Esta incidência é mais frequente no CM e a seguir no EXP, enquanto que o PUB é o jornal que menos traz para os títulos responsáveis concretos de hospitais públicos.

Os dirigentes de organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde, os políticos e as individualidades judiciais e policiais têm ainda alguma preponderância nesta denominação dos actores nos títulos, ocorrendo em 2,7%, 2,7% e 2,4% respectivamente.

Em síntese, o destaque dado pela imprensa a estes actores fundamentais através de uma maior presença numa parte tão importante das notícias como são os títulos acentua e reproduz a significação dos quatro pilares fundamentais em torno dos quais se estrutura a informação e se constrói a percepção pública do funcionamento do sistema de saúde, com especial ênfase para os hospitais públicos e os médicos, subalternizando nessa ordem de importância o poder político e os utentes, evidenciando assim de forma clara o maior valor que estes dois tipos de actores têm enquanto função enfaticamente expressiva e apelativa, para além da informativa, que os *mass media* lhes atribuem.

**Valoração dos títulos**

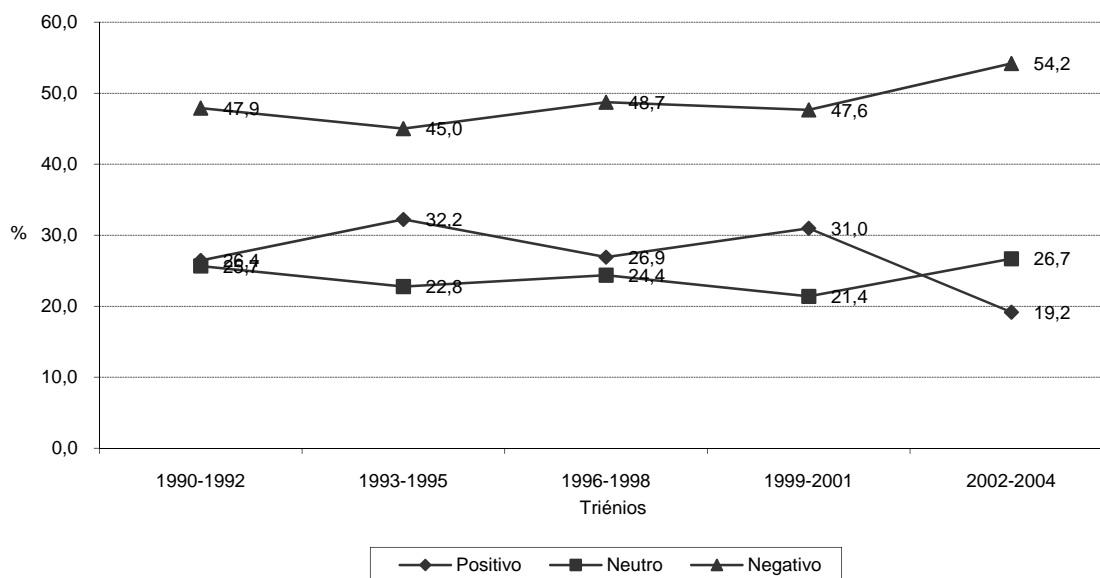
Como referido anteriormente, a análise dos títulos possibilita por si só uma aproximação à singularidade informativa relativamente aos acontecimentos objecto da notícia, indiciando simultaneamente a tendência retórica inscrita no processo de produção de informação, neste caso sobre o sector da saúde, que não pode deixar de influenciar a opinião que as pessoas têm de políticas e serviços que visam um bem tão importante como a saúde, encarado com um estatuto superior, porventura, a todos os outros bens individuais e até colectivos.

Como se observa no quadro seguinte, cerca de metade (49,3%) dos títulos classificados traduz logo à partida no artigo noticioso uma imagem eminentemente negativa do sector da saúde, contra cerca de um quarto (26,4%) que fornece uma perspectiva positiva. Os restantes títulos (24,3%) são neutros ou ambíguos. Essa negatividade expressa nos títulos das peças jornalísticas agudiza-se de forma significativa no último triénio do período em análise, entre 2002 e 2004, enquanto que os títulos de cariz mais positivo têm maior prevalência entre 1993 e 1995 e 1999 e 2001, e decrescem de forma acentuada nos últimos três anos. O uso de títulos neutros ou ambíguos não regista grandes diferenças ao longo do período analisado, embora tendam também a subir nos últimos três anos. Os jornais PUB e EXP são os que mais publicam, em termos relativos, títulos com uma tendência valorativa negativa em relação ao sector da saúde, ao contrário do CM que tende a publicar títulos mais frequentemente de cariz positivo. O semanário é ainda também o jornal que mais publica títulos neutros ou ambíguos.<sup>98</sup>

**Quadro 16:** Tendência valorativa dos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

<b>Valoração</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Positivo	678	26,4
Neutro/ambíguo	624	24,3
Negativo	1268	49,3
Total	2570	100,0

<sup>98</sup> Ver Quadro 26 em anexo.

**Figura 8:** Tendência valorativa dos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios<sup>99</sup>

Cerca de metade dos títulos, como referido, espelha uma imagem negativa do funcionamento do sistema de saúde, estando por isso a maioria dos actores com maior expressão associados a títulos negativos, com excepção para os actores pertencentes ao ensino e à investigação que estão incluídos em mais títulos positivos e os Centros de Saúde que têm tantos títulos negativos como positivos.<sup>100</sup> No entanto, se nos restringirmos a estes actores mais representativos nesta importante parte da notícia e os compararmos em termos relativos, observamos que são os profissionais de saúde e as principais organizações que defendem os seus interesses, quase exclusivamente os médicos, a Ordem e os sindicatos que representam a classe, que mais estão associados a títulos que oferecem aos leitores uma imagem negativa do funcionamento do sistema de saúde, tendo por base os conflitos laborais e profissionais em que estão envolvidos. Os utentes, muitas vezes invocados como sendo os principais atingidos por determinados efeitos nocivos resultantes de políticas, do funcionamento do sistema ou de serviços, ou procedimentos médicos específicos, também estão mais associados a títulos negativos.

Em sentido contrário, as unidades públicas de prestação de cuidados de saúde, em termos relativos, são as que mais transmitem uma perspectiva positiva do sistema de saúde a partir dos títulos jornalísticos, sobretudo os hospitais, mas também os centros de saúde. As farmácias surgem igualmente associadas a títulos de cariz positivo. Já os

<sup>99</sup>  $p=0,000 \leq 0,05$

<sup>100</sup> Ver Quadro 27 em anexo.



principais órgãos de governo e os organismos governamentais de administração e de regulação ligados à saúde e o parlamento e partidos políticos estão mais associados a títulos neutros ou ambíguos.<sup>101</sup>

Como a análise dos actores enunciados nos títulos já sugeria, os assuntos laborais e de recursos humanos por um lado, e a negligência médica e dos serviços por outro, são os temas que mais geram títulos jornalísticos de cariz negativo. Em sentido inverso, os títulos positivos referem-se à informação sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos e ao acesso e funcionamento do sistema de saúde, bem como aos assuntos sobre a promoção da saúde e a prevenção da doença, bem como a ciência e a tecnologia. Os temas relacionados com o sector farmacêutico, a política de saúde e administração do sistema e a formação de recursos humanos são os que mais são descritos com títulos neutros ou ambíguos.<sup>102</sup>

Essa negatividade expressa nos títulos surge em particular, em termos relativos e por comparação com os restantes formatos jornalísticos, nas reportagens, que é o género mais dependente da iniciativa dos jornalistas. As notícias são as que apresentam mais títulos positivos para o sistema de saúde, enquanto que os artigos de opinião, sejam de comentadores regulares ou de leitores e individualidades exteriores ao jornal, assumem sobretudo títulos neutros ou ambíguos.<sup>103</sup>

Em síntese, cerca de metade dos títulos das peças analisadas fornecem desde logo uma imagem negativa dos diversos assuntos sobre o sistema de saúde, sendo essa tendência mais característica do jornalismo de referência. A conflitualidade associada à discussão em torno de assuntos laborais e de recursos humanos, por um lado, e os actos de negligência médica e dos serviços, por outro, são os temas que mais produzem títulos que evidenciam conteúdos noticiosos críticos e problemáticos, enquanto a informação relativa a infra-estruturas e equipamentos, e a que se refere a assuntos relacionados com o acesso e o funcionamento do sistema de saúde público nos seus diversos níveis de prestação de cuidados tendem a originar mais títulos noticiosos que transmitem uma perspectiva positiva aos leitores, tendência que é mais observada no jornalismo de cariz mais popular.

---

<sup>101</sup> A designação SNS divide-se entre títulos positivos e negativos, enquanto que a indústria farmacêutica e as associações de interesse económico e financeiro estão mais relacionadas com títulos neutros. As entidades judiciais e policiais estão, como seria de esperar, associadas a títulos de cariz negativo.

<sup>102</sup> Ver Quadro 28 em anexo.

<sup>103</sup> Ver Quadro 29 em anexo.



## Capítulo 10

### Avaliações e interpelações (relações entre actores)

Neste ponto pretende-se analisar mais de perto a forma como os actores ligados ao sector da saúde surgem na imprensa enquanto agentes sociais e as relações que estabelecem entre si no espaço público mediatizado.<sup>104</sup> Como vimos anteriormente, os *mass media* são espaços de eleição para os diferentes grupos de pressão exporem as suas reivindicações e chamarem a si a atenção pública para os seus problemas e apresentarem soluções que gostariam de ver aplicadas. Essa actuação é por vezes feita de forma evidente, com elementos precisos na informação colocados na notícia, através de avaliações directas da parte de determinados actores à actuação de outros ou através de interpelações onde se fazem solicitações claras para a resolução dos seus problemas específicos.<sup>105</sup>

Um “grupo de interesse” pode ser definido “as any group that, on the basis of one or more shared attitudes, makes certain claims upon other groups in the society for the establishment, maintenance, or enhancement of forms of behavior that are implied by the shared attitudes” (Truman citado em Rushefsky & Pantel, 1998, p. 140). Ou colocando de outra forma, os elementos que caracterizam um grupo de interesse podem

---

<sup>104</sup> O princípio operativo deste tipo de análise foi inspirado num trabalho por mim desenvolvido no âmbito de uma investigação europeia na área da sociologia da ciência sobre a representação da biotecnologia na imprensa escrita (Gaskell & Bauer, 2001; Jesuíno, et al., 2001).

<sup>105</sup> O conjunto de variáveis operacionalizado neste capítulo pretende descrever e analisar as relações entre os diferentes actores. As avaliações são analisadas em relações quádruplas (quem avalia quem em que sentido sobre o quê?), sucedendo o mesmo com as solicitações (quem interpela quem sobre o quê e de que forma?). As seguintes regras definiram a codificação destas variáveis. Analisou-se todo o artigo, começando pelos títulos, e codificou-se em sequência: 1) Foram preferidas, de forma pragmática as avaliações, e as solicitações que não fossem ambíguas. Para ser considerada uma relação na análise é necessário que sejam claramente identificados (não induzidos) os dois actores envolvidos (o avaliador e o avaliado/o interpelante e o interpelado) e o sentido da avaliação/solicitação, bem como as respectivas áreas temáticas; Preferiu-se avaliações e solicitações feitas no presente, tendo sido classificadas no máximo duas relações de cada tipo por ordem de surgimento no discurso do artigo. A ordem da classificação não corresponde a uma ordem de importância (a primeira pode ser a principal e a segunda secundária ou vice-versa).

ser simplificadamente resumidos a um conjunto organizado de pessoas, com preocupações, interesses comuns e objectivos específicos, procurando influenciar outros em proveito próprio, sejam eles o público em geral, outros grupos ou, mais especificamente, o governo e as suas políticas (Berry, 1997). De facto, os grupos de interesse desempenham um importante papel no sistema político e no processo da definição das políticas públicas, seja qual for a área de governação. Incluem-se aqui, também, organizações que não são grupos de interesse em sentido estrito, como empresas a actuar no sector da saúde por exemplo, na medida em que também podem procurar influenciar o poder político ou outros grupos a favor dos seus interesses em situações específicas. No entanto, normalmente, as mais variadas organização são representadas por associações ligadas à sua área de actividade. No caso das empresas de produção ou distribuição na área da indústria farmacêutica por exemplo, existe a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), que representa e defende os interesses deste sector na globalidade.

Os grupos de interesse encetam, pois, uma grande variedade de actividades, quer por iniciativa própria, quer em reacção a outros interesses públicos ou privados, que podem ser resumidas em traços gerais da seguinte forma: desde logo representam os seus membros perante o poder político ou outros grupos (os grupos de interesse representam os seus membros perante o governo; dão a possibilidade às organizações e aos indivíduos de participar na política, sendo portanto um canal para chegar ao sistema político ao poder governativo; fornecem informação e têm um papel educativo sobre mais variados assuntos que lhes podem dizer respeito na sua área de actividade através de publicações próprias ou outras iniciativas como a organização de conferências, seminários, etc.; chamam a atenção do sistema político para os seus interesses e tentam fazer valer as suas posições, num processo conhecido como *agenda-bulding*; finalmente, têm um papel decisivo de monitorização dos programas governamentais com o intuito de manter informados os seus constituintes das intenções políticas e das medidas que estão a ser tomadas em concreto no sentido de poderem responder atempadamente e a favor dos seus interesses às mudanças na política do governo (Berry, 1997).

A assumpção elementar do pluralismo democrático é a de que as interacções entre os diversos grupos de interesse são essenciais para a acção governativa e para a produção de políticas, na medida em que os decisores políticos têm o papel de mediar e encontrar equilíbrios entre os interesses dos vários grupos e o interesse público. Por

outro lado, os responsáveis governativos procuram implementar políticas com a aplicação de medidas próprias no sentido de procurar resolver problemas concretos nos vários sectores de governação, reagindo os vários grupos de interesses afectados por essas políticas, apoiando-as ou combatendo-as.

### *Avaliação entre actores*

A maioria dos artigos (64,0%) expressa de forma directa pelo menos uma relação avaliativa entre dois actores quanto a acções, desempenhos, propostas, etc. (a avaliação pode incidir igualmente sobre os sistemas público ou privado na globalidade).<sup>106</sup> Em pouco mais de um quarto (28,6%) foi possível classificar ainda uma outra avaliação pertinente para a construção da notícia. O PUB é o jornal que mais apresenta relações avaliativas entre actores de forma significativa nos seus conteúdos jornalísticos sobre o sistema de saúde, que resulta da maior complexificação e problematização no tratamento dos acontecimentos que é característica de um jornal de referência (Penedo, 2003; Sparks, 2000).<sup>107</sup> A incorporação de pelo menos uma relação avaliativa entre actores na construção das notícias ocorre significativamente no último triénio do período analisado (2002-2004), assim como no terceiro, embora com menor intensidade (1996-1998).

Do total das avaliações classificadas, a grande maioria, perto de três quartos, 71,7%, são negativas, contra 28,3% positivas, o que demonstra desde logo uma tendência de associação da conflitualidade e da negatividade, fruto das percepções insatisfatórias entre actores, como principais “valores-notícia” mais utilizados como critérios editoriais e de noticiabilidade inscritos nos conteúdos dos artigos jornalísticos sobre o sistema de saúde. Essas avaliações negativas entre actores sobem no segundo triénio do período em análise, valor que se mantém no triénio seguinte, decrescendo ligeiramente entre 1999 e 2001, para voltar a subir nos últimos três anos, fazendo as avaliações positivas o percurso inverso. Verifica-se então no último triénio um adensamento do clima de conflitualidade com base numa subida de avaliações negativas de actores sobre a actuação de outras entidades. Em termos relativos, o semanário EXP é o órgão de informação que mais apresenta este tipo de conteúdos.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> Os dados apresentados são resultado da categorização múltipla, correspondendo os valores percentuais calculados ao total das categorias classificadas (2378) e ao não total dos artigos onde existe expressa uma relação avaliativa entre actores (1644).

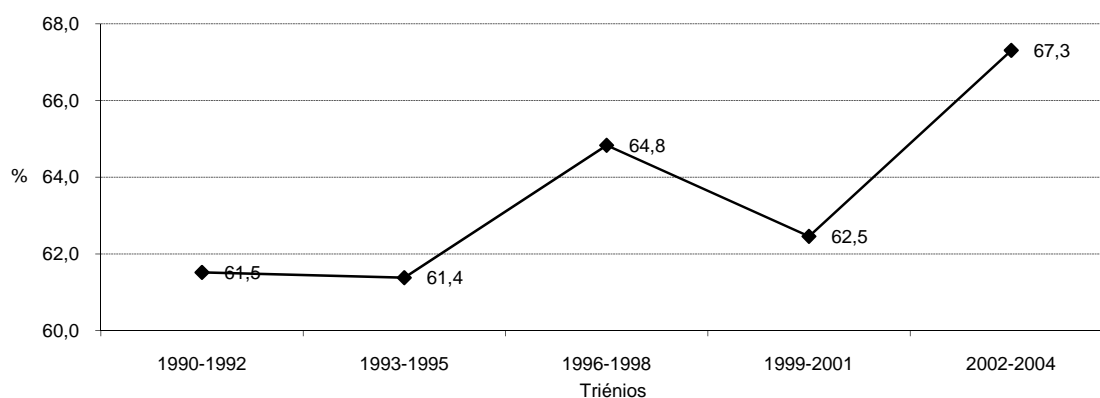
<sup>107</sup> Ver Quadro 30 em anexo.

<sup>108</sup> Ver Quadro 31 em anexo.

**Quadro 17:** Existência de relações avaliativas entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

Avaliações		n	%
Primeira avaliação	Sim	1644	64,0
	Não	926	36,0
	Total	2570	100,0
Segunda avaliação	Sim	734	28,6
	Não	1836	71,4
	Total	2570	100,0

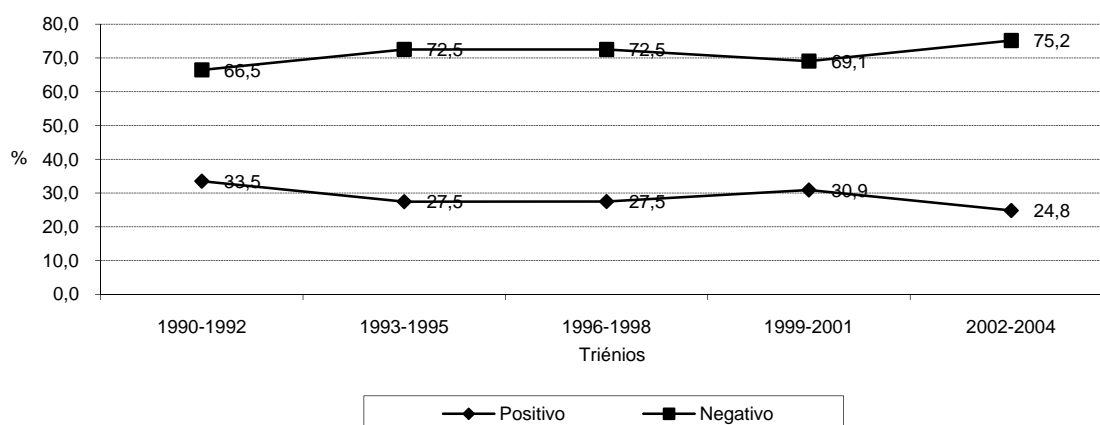
**Figura 9:** Existência de pelo menos uma relação avaliativa entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios<sup>109</sup>



**Quadro 18:** Sentido da avaliação existente entre os actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP<sup>110</sup>

Sentido	n	%
Positivo	674	28,3
Negativo	1704	71,7
Total	2378	100,0

**Figura 10:** Sentido da avaliação existente entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios<sup>111</sup>



<sup>109</sup>  $p=0,011 \leq 0,05$

<sup>110</sup> Classificação múltipla.

<sup>111</sup> Classificação múltipla.

Como se observa no quadro seguinte e de forma mais detalhada, os principais autores de avaliações expressas na imprensa são os que pertencem aos principais órgãos de governo (10,5%), à profissão médica e que exercem a sua actividade enquanto tal (10,4%), bem como as organizações que defendem e representam os seus interesses laborais como os sindicatos (10,1 %). Os utentes (8,9%), quer sejam grupos mais restritos de doentes, populações locais, regionais ou de carácter nacional, quer sejam individualmente através de situações específicas vividas por pessoas singulares, surgem ainda como dos que mais manifestam juízos de valor relativamente a outros actores relacionados com o sistema de saúde. Seguidamente, surgem os actores pertencentes a outro tipo de organização de carácter corporativo, as Ordens profissionais, os que pertencem a organismos governamentais administrativos e de regulação, bem como os responsáveis pelos hospitais públicos e maternidades (com 7,4%, 6,4% e 6,4% respectivamente). Os parlamentares e os membros de partidos políticos (6,8%), as entidades judiciais e policiais (4,7%), as associações e sociedades sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde (3,8%), os actores pertencentes ao ensino e à investigação (3,7%) e ainda ao poder local (3,3%) são a seguir os que mais interpelam outros actores. Com menor expressão, surge ainda a própria comunicação social (2,6%), as associações ou instituições ligadas a doenças específicas (2,6%), as associações de interesse sócio-económico (2,4%) e outros poderes de Estado e instituições públicas (1,5%). Os restantes actores são praticamente inexistentes na imprensa enquanto autores de avaliações de acções de outros actores.

**Quadro 19:** Actores presentes nas relações avaliativas nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

Actores	Autor da avaliação		A quem se destina a avaliação	
	n	%	n	%
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>				
Órgãos de governo	249	10,5	784	33,0
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	153	6,4	145	6,1
Parlamento e partidos políticos	111	4,7	36	1,5
Poder local	79	3,3	39	1,6
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	13	0,5	11	0,5
Ensino e investigação	88	3,7	36	1,5
Entidades judiciais e policiais	104	4,4	29	1,2
Sub-sistemas de saúde	0	0,0	3	0,1
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	0	0,0	90	3,8
Outros poderes de Estado e instituições públicas	36	1,5	27	1,1

*Cont.*

<b>Utentes, Sociedade civil e instituições privadas</b>				
Utentes	212	8,9	78	3,3
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	61	2,6	12	0,5
Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde	7	0,3	0	0,0
Outras associações	14	0,6	23	0,1
Ordens profissionais	176	7,4	51	2,1
Sindicatos	239	10,1	23	1,0
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	90	3,8	18	0,8
Comunicação social	63	2,6	38	1,6
Instituições religiosas	18	0,8	13	0,5
Organizações internacionais	23	1,0	20	0,8
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	27	1,1	15	0,6
<b>Interesses financeiros e comerciais</b>				
Grupos económicos e financeiros	4	0,2	5	0,2
Indústria e serviços do sector da saúde	7	0,3	12	0,5
Indústria farmacêutica	21	0,9	44	1,9
Empresas de seguros	4	0,2	2	0,1
Associações de interesse sócio-económico	59	2,4	27	1,1
Serviços privados de saúde em geral	0	0,0	15	0,6
Outros interesses comerciais e financeiros	11	0,5	19	0,8
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>				
Hospitais públicos	152	6,4	392	16,5
Centros de saúde	10	0,4	39	1,6
Outras unidades de cuidados de saúde	27	1,1	23	1,0
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>				
Hospitais privados	3	0,1	11	0,5
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	6	0,3	25	1,1
Farmácias	4	0,2	10	0,9
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>				
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde sociais	0	0,0	1	0,0
<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>				
Médicos	247	10,4	220	9,3
Enfermeiros	29	1,2	20	0,8
Farmacêuticos e similares	6	0,3	28	0,3
Outros profissionais de saúde	25	1,1	14	1,1
Total	2378	100,0	2378	100,0

Já os actores avaliados estão menos dispersos, concentrando-se os destinatários/objectos dessas avaliações sobretudo nos principais órgãos de governo de forma muito significativa, nomeadamente o Ministério da Saúde e seus sucessivos Ministros e também secretários de Estado, bem como o Governo em geral, somando um terço de todos os actores avaliados (33%). Os hospitais públicos e os seus responsáveis são os mais avaliados a seguir, em cerca de um sexto das notícias (16,5%). A seguir, são os médicos o maior alvo de avaliação quanto às suas acções e desempenhos (9,3%), sejam decorrentes de situações de práticas médicas ou enquanto grupo relacionado com questões sócio-profissionais e laborais. De forma menos significativa, surgem de



seguida novamente organizações ligadas ao executivo como os organismos governamentais administrativos e de regulação que actuam no sector da saúde, o Sistema Nacional de Saúde e os prestadores de saúde em geral, os utentes e as ordens profissionais (6,1%, 3,8%, 3,3% e 2,1% respectivamente). Os actores pertencentes à indústria farmacêutica, ao poder local, aos centros de saúde, à comunicação social, ao parlamento e aos partidos políticos, bem como ao ensino e a investigação, colhem a seguir o maior número de avaliações expressas, embora já com pouco peso estatístico (surtem entre 1,9% e 1,5%). Os restantes actores são praticamente inexistentes enquanto alvos de avaliações realizadas por outros actores.

De uma forma geral, conclui-se então que aqueles que mais poder têm de se fazer ouvir na imprensa, enquanto produtores de opinião e da transmissão da avaliação que fazem sobre a actuação de outros actores, pertencem sobretudo, por um lado, aos poderes de Estado como os diversos órgãos de governo, principais e secundários, e por outro, à profissão médica, que goza de um estatuto social considerável, quer em discurso directo pelos próprios médicos, quer através dos seus representantes, como os sindicatos e a ordem profissional, ou ainda enquanto responsáveis pelos hospitais públicos e maternidades (embora os administradores e gestores também tenham alguma visibilidade). Essas avaliações têm como alvo principal, por um lado, o Estado, sobretudo o Ministério da Saúde e o titular do cargo e seus secretários de Estado, mas também o Governo em geral, e os organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde; e, por outro lado, os médicos e os hospitais públicos, que são os principais agentes e os pilares do funcionamento do sistema público de saúde em termos de visibilidade para a população dada pela comunicação social.

Conhecendo-se o protagonismo assumido pelos diferentes actores, interessa agora verificar quais os motivos que dão origem a essas avaliações. Importa esclarecer que os motivos das avaliações são categorizados tal qual surgem no discurso jornalístico em termos das áreas temáticas a que estão associadas, isto é, são descrições do objecto avaliativo, e não interpretações paralelas desses objectos no que se refere às suas correlações e consequências com outras áreas temáticas ou motivações dos actores envolvidos. Assim, o funcionamento e o acesso ao sistema de saúde (19,3%), por um lado, e os assuntos laborais e de recursos humanos a operar no sistema de saúde (18,2%), por outro, são as principais áreas que motivam avaliações de actuação entre

actores. As primeiras avaliações, mais comuns entre 1999 e 2004,<sup>112</sup> referem-se à disponibilização e prestação de cuidados de saúde aos utentes (utilização e experiência directa do sistema), recaindo a atenção sobretudo nas listas de espera para cirurgia, marcações e demoras no atendimento, bem como o desempenho do sistema ou de serviços de saúde, a grande maioria no âmbito do sistema hospitalar; enquanto as segundas, referem-se sobretudo a avaliações em torno de aspectos relacionados com as condições de trabalho, muito em particular, e de forma muito marcante, da classe médica e, depois, em muitíssimo menor grau, dos enfermeiros (praticamente só estas duas profissões têm visibilidade), realizadas sobretudo por sindicatos dirigidas ao governo e algumas às administrações hospitalares, críticas essas que se focalizam mais especificamente em aspectos relacionados com as carreiras, salários e horários de trabalho. A falta de recursos humanos, em particular, de médicos, é também alvo ainda de algumas avaliações.

**Quadro 20:** Área dos motivos da avaliação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP<sup>113</sup>

Motivos da avaliação	n	%
Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	192	8,1
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	459	19,3
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	249	10,5
Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)	186	7,8
Assuntos laborais e de recursos humanos	435	18,2
Desempenho e competência sócio-profissional	195	8,2
Formação de recursos humanos	90	3,8
Negligência médica e dos serviços	235	9,9
Sector farmacêutico e medicamentos	165	6,9
Promoção da saúde e prevenção da doença	35	1,5
Ciência e tecnologia	34	1,4
Outros	103	4,3
Total	2378	100,0

Num segundo grupo que mais suscitam avaliações na comunicação social surgem quatro áreas de motivos: a que diz respeito à existência e qualidade de infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos (10,5%), com menor frequência entre 2002 e 2004, muito em particular ligadas ao sector hospitalar e depois, em muito menor número, ao sector dos cuidados de saúde primários; os assuntos associados à negligência médica e dos serviços (9,9%) apresentados como tal, que ocorrem em

<sup>112</sup> Ver Quadro 32 em anexo.

<sup>113</sup> Classificação múltipla.

particular entre 1993 e 1995, e que se dividem sensivelmente entre as avaliações que incidem sobre actos médicos individuais e a negligência atribuída ao funcionamento técnico de serviços ou de unidades de saúde; o desempenho e a competência sócio-profissional de classes ou de indivíduos (8,2%), cuja avaliação incide na qualidade e na experiência das suas actuações incidindo, em particular sobre os médicos, que no caso de serem negativas, não são em concreto actuações negligentes e não são apresentados pela imprensa enquanto tal, e em menor número sobre outros profissionais de saúde, tais como enfermeiros, farmacêuticos, administradores e gestores de unidades de saúde, etc. (decaem entre 1999 e 2004); as medidas relacionadas com a organização, gestão e regulação do sistema, de unidades ou serviços de saúde (8,1%), que se referem a linhas estratégicas de actuação e reformas sectoriais ou globais de carácter mais genérico e que não se incluem em nenhuma das restantes categorias mais concretas, avaliações estas que têm como alvo principal a actuação do poder político; e a gestão económica e financeira do sistema, unidades e serviços de saúde (7,8%), cujo enfoque principal recai sobretudo, por um lado, sobre o orçamento e a gestão financeira do sistema de saúde público na sua globalidade (custos e viabilidade) e, por outro, sobre a gestão financeira dos hospitais e dívidas do sector, com maior visibilidade no último triénio de análise (2002 e 2004).

Seguidamente, surgem ainda com alguma expressão as avaliações relacionadas com o sector farmacêutico e medicamentos (6,9%), em particular no que se refere aos assuntos relacionados com a comercialização e distribuição de produtos farmacêuticos e menos com a produção industrial (ocorrem em particular entre 1990 e 1992, e entre 2002 e 2004); e os assuntos associados à formação de recursos humanos (3,8%), quase exclusivamente sobre medicina. As áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, bem como a ciência e tecnologia, suscitam poucas avaliações entre actores (1,5% e 1,4% respectivamente).

**Quadro 21:** Sentido da avaliação do motivo invocado nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

Objecto da avaliação	Primeira avaliação				Segunda avaliação			
	Positiva		Negativa		Positiva		Negativa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	30	6,7	94	7,9	18	8,0	50	9,8
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	112	24,9	207	17,4	56	25,0	84	16,5
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	84	18,7	104	8,7	26	11,6	35	6,9
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	37	8,2	94	7,9	19	8,5	36	7,1
Assuntos laborais e de recursos humanos	44	9,8	241	20,1	30	13,4	119	23,3
Desempenho e competência sócio-profissional	37	8,2	96	8,1	25	11,2	37	7,3
Formação de recursos humanos	19	4,2	43	3,6	9	4,0	19	3,7
Negligência médica e dos serviços	5	1,1	139	11,6	7	3,1	85	16,7
Sector farmacêutico e medicamentos	34	7,6	94	7,9	15	6,7	22	4,3
Promoção da saúde e prevenção da doença	11	2,4	14	1,2	5	2,2	5	1,0
Ciência e tecnologia	17	3,8	10	0,8	6	2,7	1	0,2
Outros	20	4,4	58	4,9	8	3,6	17	3,3
Total	450	100,0	1194	100,0	224	100,0	510	100,0

Apesar da grande maioria das avaliações expressas entre actores no âmbito de qualquer tema ser de cariz negativo, o funcionamento e o acesso ao sistema de saúde são, ainda assim, o assunto que é objecto de mais avaliações positivas por parte dos actores, nomeadamente no que se refere aos cuidados de saúde que disponibiliza aos utentes e à qualidade dos mesmos. O mesmo acontece com as avaliações que são feitas sobre as infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, bem como os assuntos relacionados com a ciência e tecnologia. Inversamente, os assuntos laborais e de recursos humanos, bem como a negligência médica e dos serviços, são os que mais suscitam avaliações negativas entre actores. O sentido das avaliações no âmbito dos diversos temas não sofre oscilações muito significativas ao longo do período em análise, com excepção para as avaliações negativas associadas à negligência médica e dos serviços, que ocorre em particular entre 1993 e 1995, devido aos casos já referidos anteriormente, e para as avaliações igualmente negativas sobre o funcionamento e o acesso entre 1999 e 2001, bem como a formação de recursos humanos entre 1996 e 2001 e os assuntos relacionados com o sector farmacêutico e os medicamentos entre

2002 e 2004.<sup>114</sup> A estas avaliações negativas nesta última área não será alheia a especial atenção dada à política do medicamento pelo governo em funções nesse período, com a ênfase colocada na expansão do mercado de genéricos e na prescrição destes medicamentos associada aos preços de referência, à prescrição médica utilizando a denominação comum internacional e ao novo modelo de receita (OPSS, 2004, 2005).

### ***Solicitações***

Começando por analisar desde logo a incidência desta forma de relação no conjunto dos artigos analisados, a interpelação entre actores no sentido de solicitarem entre si determinadas acções, medidas ou comportamentos, é algo comum na informação publicada sobre o sistema de saúde, existindo pelo menos uma em perto de metade do total dos artigos analisados (40,1%) e ainda uma segunda com 9,9% de incidências. Este tipo de conteúdo informativo com maior problematização dos factos e dos actores envolvidos é sobretudo característico do jornal PUB, tal como já tinha sido observado a respeito da maior inclusão de avaliações entre protagonistas, característico de um jornal de referência.<sup>115</sup> O relato de solicitações entre actores, seja enquanto objecto ou facto noticioso, seja concretizadas nos próprios artigos pelas fontes, sofreu um acréscimo continuado nos primeiros seis anos, atingindo o maior volume entre 1996 e 2001, para voltar a descer no último triénio analisado (ver Figura 11). Este crescimento contínuo de conteúdos informativos com estas características interpelativas, a par do aumento de conteúdos avaliativos observado anteriormente indicia uma maior utilização ao longo do tempo da imprensa como plataforma onde os actores expõem os seus argumentos e defendem os seus interesses publicamente, ampliando a discussão dos assuntos e dos problemas e respectivos processos e soluções relativos ao sector da saúde. Apesar de no último triénio se observar uma diminuição deste diálogo interpelativo, tal não significa que tenha existido um decréscimo da conflitualidade e que esteja em contradição com o que foi referido anteriormente a respeito do aumento de avaliações negativas entre actores nesse período, mas sim que a natureza do discurso se modificou, na medida em que essas avaliações passaram a ser menos acompanhadas por propostas de resolução dos problemas. As posições dos actores, ou a forma como a imprensa construiu o

---

<sup>114</sup> Ver Quadro 33 em anexo.

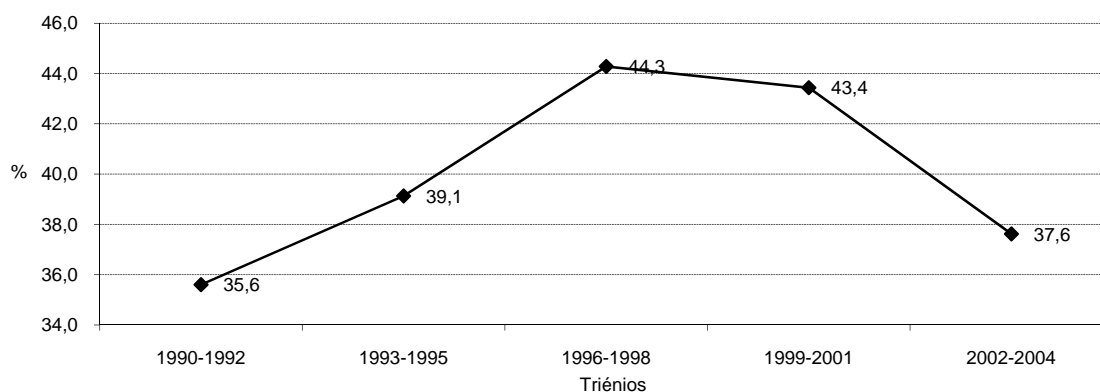
<sup>115</sup> Ver Quadro 44 em anexo.

discurso jornalístico sobre os diferentes acontecimentos e problemas, passaram a ser mais contestatárias e menos problematizadas com propostas concretas.

**Quadro 22:** Existência de solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

Solicitações		n	%
Primeira solicitação	Sim	1031	40,1
	Não	1539	59,9
	Total	2570	100,0
Segunda solicitação	Sim	255	9,9
	Não	2315	90,1
	Total	2570	100,0

**Figura 11:** Existência de solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio



Quando se analisa o conjunto dos actores como autores das solicitações e sobre quem elas recaem, verifica-se que os primeiros são mais dispersos do que os segundos, traduzindo a complexidade dos interesses e do número de actores envolvidos no sistema de saúde, com aspirações e necessidades endereçadas em grande medida a quem tem o poder de lhes dar resposta e que, de uma forma geral, está concentrado nos poderes de Estado. Desde logo, os actores e fontes oficiais com maior capacidade de organização e prestígio social possuem uma capacidade de agendamento mais eficaz, captando a atenção da imprensa e, por conseguinte, do público, para os seus problemas e interesses com uma maior capacidade de interpelação: por um lado, os sindicatos em primeiro lugar (13,9%), sobretudo ligados à profissão médica, os médicos (10,7%) e as ordens profissionais (7,3%), também em particular a dos médicos, em torno sobretudo de condições laborais; e por outro o Estado, através dos principais órgãos de governo (6,6%) e dos organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde (5,5%). Aos utentes é também dada alguma visibilidade relativamente aos seus

problemas e aspirações (9,0%), sobretudo relacionada com o acesso e o funcionamento dos serviços de saúde. Seguidamente, surgem o parlamento e os partidos políticos (5,3%), o poder local (4,7%), os hospitais públicos (4,4%), as associações sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde (3,9%), as entidades judiciais e policiais (3,7%), o ensino e investigação (3,7%) e as associações ou instituições ligadas doenças específicas (3,2%), como sendo aqueles que mais assumem um papel interpelador. Os restantes actores interpelantes têm uma baixa visibilidade, surgindo em menos de 3% do total das solicitações.<sup>116</sup>

**Quadro 23:** Actores presentes em relações de solicitação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

	Autor da solicitação		A quem se destina a solicitação	
	n	%	n	%
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>				
Órgãos de governo	85	6,6	618	48,1
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	71	5,5	87	6,8
Parlamento e partidos políticos	68	5,3	49	3,8
Poder local	60	4,7	25	1,9
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	15	1,2	1	0,1
Ensino e Investigação	48	3,7	7	0,5
Entidades judiciais e policiais	48	3,7	70	5,4
Sub-sistemas de saúde	0	0,0	0	0,2
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	0	0,0	6	0,5
Outros poderes de Estado e instituições públicas	14	1,1	9	0,7
<b>Sociedade civil e instituições privadas</b>				
Utentes	116	9,0	86	6,6
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	41	3,2	1	0,1
Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde	7	0,5	1	0,1
Outras associações	10	0,8	0	0,0
Ordens profissionais	94	7,3	24	1,9
Sindicatos	179	13,9	14	1,1
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	50	3,9	1	0,1
Comunicação social	8	0,6	9	0,7
Instituições religiosas	5	0,4	4	0,3
Organizações internacionais	13	1,0	14	1,1
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	32	2,5	6	0,5

<sup>116</sup> Os dados apresentados são resultado da categorização múltipla, correspondendo os valores percentuais calculados em função das categorias classificadas (1286) e não do total dos artigos onde existe pelo menos uma referência a um tipo de solicitação (1031). Foram classificadas no máximo duas solicitações em cada artigo.

*Cont.*

<b>Interesses financeiros e comerciais</b>				
Grupos económicos e financeiros	7	0,5	3	0,2
Indústria e serviços do sector da saúde	3	0,2	8	0,6
Indústria farmacêutica	18	1,4	12	0,9
Empresas de seguros		0,0	1	0,1
Associações de interesse sócio-económico	32	2,5	9	0,7
Serviços privados de saúde em geral		0,1	1	0,1
Outros interesses comerciais e financeiros	3	0,2	5	0,4
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>				
Hospitais públicos	56	4,4	106	8,2
Centros de saúde	9	0,7	6	0,5
Outras unidades de cuidados de saúde	12	0,9	9	0,7
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>				
Hospitais privados	3	0,2	3	0,2
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	2	0,2	6	0,5
Farmácias	1	0,1	3	0,2
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>				
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde sociais	0	0,0	0	0,0
<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>				
Médicos	137	10,7	63	4,8
Enfermeiros	20	1,6	6	0,5
Farmacêuticos e similares	0	0,0	1	0,1
Outros profissionais de saúde	19	1,5	12	0,9

Os actores interpelados estão mais concentrados e são, por um lado, os que têm maior poder de decisão dentro do sistema de saúde, por outro lado, os que dele usufruem, os utentes, aos quais se pede mudanças nos comportamentos e nas atitudes relativamente aos seus estilos de vida; ou ainda, com muito menos expressividade, na forma como utilizam os cuidados médicos, estando no meio dos dois os hospitais públicos, que são a entidade mais visível nos *mass media* enquanto garante da prestação de cuidados médicos. Assim, mais de metade das solicitações são endereçadas aos principais órgãos de governo (48,1%) ou, mais especificamente, aos organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde (6,8%). A centralidade que o governo assume tem que ver, por um lado e sobretudo, com a discussão de acções, medidas ou propostas que este pretende implementar e que não colhem acordo; ou, por outro lado, com pedidos de alterações ou propostas feitas pelos parceiros sociais no sentido de implementar medidas para resolver os seus problemas. As interpelações ao governo podem resultar de iniciativas e propostas originais ou, sobretudo, de reacções a decisões e medidas políticas anunciadas.



As constantes interpelações ao governo acontecem também porque os actores, de uma forma geral, referem-se sempre ao governo em geral ou ao Ministério da Saúde e seus titulares, embora alguns pedidos pudessem e devessem ser dirigidos mais especificamente a organismos administrativos e de regulação ligados à saúde. Esses pedidos de actuação que abrangem as mais diversas áreas, como a seguir se verá, são feitos sobretudo a organismos de Estado porque são eles que regulam todas as actividades no sistema de saúde e a acção de todos os actores que neles interagem, não tendo a maioria das restantes entidades autonomia de acção porque, sendo públicos, dependem de directrizes estatais. Os hospitais públicos, por serem os principais prestadores de cuidados médicos sobre os quais mais se escreve na imprensa, pela consequente atenção pública que sobre eles recai e pela importância que o sistema hospitalar assume no quadro da organização do sistema de saúde, sócio-profissional e laboral, são os destinatários seguintes com 8,2% do total das solicitações, seguindo-se os utentes (6,6%), as entidades judiciais e policiais (5,4%), os médicos (4,8%) e novamente os agentes políticos relacionados com o parlamento e os partidos políticos (3,8%). O restantes actores praticamente não são solicitados por outros actores directamente nos conteúdos jornalísticos ou que sejam notícia.

De acordo com os mesmos princípios de classificação aplicados na análise das relações avaliativas, procedeu-se à averiguação dos assuntos sobre os quais assentam as interpelações entre actores. Como se observa no quadro a seguir, os assuntos laborais e de recursos humanos são, de forma significativa, os mais frequentes, somando mais de um quarto de todos os assuntos objecto de interpelações (26,7%). Trata-se, em particular de assuntos que se relacionam com as condições de trabalho, nomeadamente as que se prendem com a organização de carreiras e escalões, tabelas salariais e horários de trabalho, quase sempre de médicos; uma pequena parte diz respeito à profissão de enfermagem, sendo praticamente nula a visibilidade de outras profissões neste contexto. A alocação de recursos humanos, sobretudo de médicos, é ainda alvo de algumas solicitações. Estes assuntos têm maior saliência entre 1990 e 1992,<sup>117</sup> período de maior tensão política entre o governo e os médicos, em nome próprio ou por via dos seus representantes institucionais, devido a alterações nos regimes remuneratórios e nas condições de trabalho dos profissionais, na tentativa de implementar mudanças que

---

<sup>117</sup> Ver Quadro 35 em anexo.

visavam criar uma separação clara entre os sectores público e privado, como condição para o desenvolvimento de ambos (Simões, 2004).

**Quadro 24:** Área da solicitação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP<sup>118</sup>

Área da solicitação	n	%
Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	134	10,4
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	136	10,6
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	132	10,3
Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)	71	5,5
Assuntos laborais e de recursos humanos	343	26,7
Desempenho e competência sócio-profissional	85	6,6
Formação de recursos humanos	72	5,6
Negligência médica e dos serviços	111	8,6
Sector farmacêutico e medicamentos	77	6,0
Promoção da saúde e prevenção da doença	45	3,5
Ciência e tecnologia	23	1,8
Outros	57	4,4
Total	1286	100,0

Seguidamente, com menos de metade da visibilidade do assunto anterior, surgem quatro áreas que suscitam intervenções: o acesso e funcionamento do sistema de saúde (10,6%). Referem-se à disponibilização e qualidade da prestação de serviços e cuidados de saúde aos utentes, sobretudo no âmbito do sistema hospitalar e menos no dos cuidados de saúde primários (o acesso a medicamentos é ainda assunto para algumas solicitações), com particular incidência entre 1993 e 1998; os assuntos relacionados com a organização, gestão e regulação do sistema de saúde, de unidades ou de serviços de saúde (10,4%), que se referem sobretudo a pedidos de reformas sectoriais ou globais de carácter mais genérico; os assuntos relacionados com as infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos (10,3%), a grande maioria associados ao sector hospitalar, existindo muito pouca visibilidade para as necessidades relacionadas com os cuidados de saúde primários; os assuntos ligados à negligência médica e dos serviços (8,6%), que, neste contexto, revela uma ligeira supremacia, em relação à negligência individual médica, da negligência atribuída ao funcionamento técnico de serviços e de unidades de saúde, em grande medida devido aos casos já anteriormente referidos que ocorreram e tiveram repercussões na primeiro triénio do período analisado (1990 a 1992), e que suscitaram um amplo debate público.

<sup>118</sup> Classificação múltipla.

Ainda com alguma expressão, surgem as interpelações relacionadas com o desempenho e a competência sócio-profissional (6,6%), incidindo em particular sobre os médicos e em menor número sobre outros profissionais de saúde, com particular relevância entre 1990 e 1992 e entre 1996 e 1998; com o sector farmacêutico e medicamentos (6,0%), sobretudo em assuntos relacionados com a indústria; com a gestão económica e financeira do sistema, de unidades de saúde e de serviços (5,5%), com interpelações sobretudo ao nível da gestão financeira dos hospitais e dívidas do sector, não existindo praticamente solicitações relativamente à orçamentação e gestão financeira do sistema de saúde público na sua globalidade; e com a formação de recursos humanos (5,6%), com particular relevância entre 1996 e 2001. Finalmente, surgem assuntos com muito pouca expressão, como a promoção da saúde e a prevenção da doença (3,5%), bem como a ciência e tecnologia (1,8%).

As solicitações entre actores surgem na imprensa maioritariamente sob a forma de apelo directo (37,2%). Entre as diversas formas de apelo utilizadas, tais como cartas abertas, assinaturas, petições, panfletos e outras formas de publicitação, podendo elas constituir mais um elemento na notícia ou ser elas próprias notícia, os interpelantes utilizam em particular os próprios *mass media* como veículo privilegiado para interpelar outros, a fim de agirem ou tomarem medidas a favor dos seus interesses, conseguindo assim captar uma atenção dupla: dos que detêm o poder a quem se dirigem especificamente e do público em geral, embora de uma forma informal. Estas formas de acção baseiam-se em comunicados ou conferências de imprensa, mas sobretudo consubstanciam-se, significativamente, através da própria participação dos actores com declarações directas enquanto fontes contactadas pelos jornalistas para a construção das próprias notícias ou como entrevistados centrais, onde aproveitam para pressionar outros actores através de interpelações concretas com fins específicos para si próprios ou para os grupos que representam.

Deste modo, a esmagadora maioria dos apelos não são factos noticiosos em si mesmos, no sentido de estarem a ser relatados enquanto formas de acção levadas a cabo por actores e que posteriormente se constituíram notícia, mas são eles próprios uma forma de acção de solicitação que existe na própria notícia, ao contrário das restantes que aparecem enquanto factos noticiosos, mais secundários ou mesmo centrais, na construção da notícia, dada a sua importância social enquanto acontecimento. Esta forma de acção está mais associada a áreas de interpelação relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença, com o acesso e funcionamento do sistema

de saúde, com o desempenho e a competência sócio-profissional, com a formação de recursos humanos e com a ciência e tecnologia.<sup>119</sup>

**Quadro 25:** Forma de acção das solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP<sup>120</sup>

Acção	n	%
Apelo	479	37,2
Demonstrativo	45	3,5
Procedimental	419	32,6
Conflituoso	334	26,0
Violento	9	0,7
Total	1286	100,0

Os meios procedimentais são as que mais surgem a seguir na imprensa (32,6%), sendo as interpelações noticiadas realizadas sobretudo por via formal entre actores ou organismos oficiais, resultado da complexidade do sistema e da organização entre os seus diversos componentes sectoriais. Estes meios estão associados a assuntos sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, sobre a gestão económica e financeira do sistema, unidades ou serviços de saúde e sobre a organização, gestão e regulação do sistema, unidades ou serviços de saúde.

Mais de um quarto das solicitações noticiadas (26,0%) são expressas numa base de conflitualidade latente ou declarada, onde existe uma tomada de posição de força evidente da parte de quem reivindica algo a seu favor, existindo, entre outras formas de acção com estas características, por um lado, o recurso ao litígio e à contestação judicial, e por outro, com uma base igualmente conflitual mas de natureza diferente, o recurso à greve, que é a tomada de força legal mais visível que um grupo profissional pode utilizar. A primeira está sobretudo relacionada com a ocorrência de alegada negligência médica e dos serviços, e a segunda associada a assuntos laborais e de recursos humanos.

Os processos demonstrativos como forma de interpelação que implicam alguma organização para que possam ocorrer com o impacto esperado, têm muito pouca expressão na imprensa (3,5%), sendo essas interpelações feitas sobretudo sob a forma de manifestações, concentrações ou marchas de protesto públicos, mas também, embora em muito menor número, através da convocação de assembleias ou plenários, tornando-se acontecimentos cuja publicidade nos jornais potencia a visibilidade das aspirações de

<sup>119</sup> Ver Quadro 36 em anexo.

<sup>120</sup> Classificação múltipla.

quem as convoca. Estes processos demonstrativos estão sobretudo associados a assuntos relacionados com infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, bem como os assuntos laborais e de recursos humanos. As notícias de acções violentas são praticamente inexistentes (0,7%), resumindo-se a ocupações indevidas ou bloqueios no acesso a unidades de saúde como forma de protesto ou de reivindicação.

**Quadro 26:** Âmbito da aplicação das solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP<sup>121</sup>

Âmbito	n	%
Local/regional	555	43,2
Nacional	704	54,7
UE/Europa/Outros países da Europa	18	1,4
Mundial/Outros países internacionais	9	0,7
Total	1286	100,0

A maioria das solicitações expressas na imprensa pretende ter uma base de aplicação de âmbito nacional (54,7%) por parte dos actores que as reivindicam, surgindo a seguir as preocupações regionais e locais (43,2%). Praticamente sem expressão estão requerimentos extra-nacionais que ambicionam ser implantados através do campo de acção do sector da saúde também em Portugal, nomeadamente as medidas que abrangem a UE, a Europa em geral ou alguns países europeus (1,4%), e ainda algumas de âmbito mundial ou de países fora da Europa (0,7%). Muitas das directrizes políticas aplicadas ao sector da saúde vêm da UE a partir de meados dos anos 1990 sobretudo, mas não é por isso que a percentagem destas solicitações tem expressão, o que significa que as directrizes europeias ainda têm pouca visibilidade na imprensa. Estes baixos valores indiciam que as medidas podem surgir na imprensa já efectivadas e não num estágio de anúncio ou proposição, ou ainda que são assumidas desde logo pelo governo português como suas.

<sup>121</sup> Classificação múltipla.



## Capítulo 11

### O Sistema de Saúde nas Primeiras Páginas

Na imprensa escrita, a primeira página é a montra do jornal a ser contemplada pela opinião pública. Os seus conteúdos reflectem o principal das preocupações editoriais de cada edição, permitindo não só saber o que vem no seu interior, espelhando a selecção que constitui o processo de tematização, mas também a forma como os acontecimentos são revelados e tratados em termos de produto noticioso. A primeira página tem como objectivo assegurar o contacto imediato com o leitor, de modo a cativá-lo para a sua leitura, assim como a fidelizá-lo no decorrer do tempo, pela habituação a destaques e conteúdos específicos de cada tipo de jornal, dado que é também na primeira página que fica mais clara para o leitor a política editorial de cada um deles.

As primeiras páginas detêm pesos diferentes nos diversos jornais. Contudo, nenhuma publicação ousa descurar essa “montra” e objecto de destaque. Pelo contrário, é na primeira página que se deve exhibir o “melhor do jornal”, seja pelo tema, pelo tratamento, ou por ambos. O aspecto gráfico, a cor, o tipo de letra, a titulação e, mais uma vez, os temas, acentuam as características que indicam ao leitor o conteúdo que vai encontrar ao folhear as páginas interiores, e são mais um contributo para a definição do público a que se destina. Outro exemplo que ajuda a perceber a influência dos *mass media* é que mesmo que não aprofunde o que foi escrito sobre determinado assunto, utilizam-se os meios de comunicação como indicadores e referências acerca dos assuntos alvo de interesse e formas de pensar. Através dos títulos adquire-se informação sobre os temas que marcam o dia, e também sobre as perspectivas com que são tratados, assumindo-se estes como padrões temáticos transversais a diversos grupos, e como catalisadores de áreas de interesse em conversas do dia-a-dia com colegas e amigos (Nery, 2004).

Tratando-se de uma análise que tem como ponto de partida o início da década de 1990, coincidente com o período em que ocorreram profundas transformações no panorama mediático em Portugal, que revolucionou os conteúdos, devido ao aparecimento do jornal Público, e a forma, resultante do surgimento de canais privados de televisão e da disseminação da Internet, considerar as primeiras páginas como produtos informativos específicos com valor próprio acrescido torna-se ainda mais relevante.

Torna-se assim imprescindível estudar com mais pormenor todo o conteúdo informativo relativo às primeiras páginas, quer pela importância editorial que lhes é conferida em cada órgão de informação na imprensa escrita, quer pelo carácter apelativo na sua relação com o público. As primeiras páginas da imprensa constituem-se como indicadores de temas considerados socialmente importantes, e das formas de pensar em relação a eles, mas também como “montras” da tematização dos próprios jornais, acentuando-lhes uma identidade própria (Nery, 2004).

### ***Atenção atribuída***

Através das primeiras páginas dos jornais, é possível perceber a evolução dos grandes temas que têm atravessado a sociedade portuguesa ao longo do tempo. O modo como a imprensa cuida de determinados temas, mais do que reflectir as características de um determinado meio de comunicação, também permite perceber as evoluções e preocupações de uma comunidade. Como demonstra um estudo sobre a evolução temática das primeiras páginas de diários portugueses na década de 1990 (Nery, 2004), observa-se nas primeiras páginas dos jornais um incremento da presença de assuntos como a saúde, educação, condições de trabalho e ambiente, em detrimento da inclusão de temas como a política, no seu sentido mais convencional, tais como a actividade governamental, debates parlamentares ou iniciativas dos partidos. A observação da evolução deste fenómeno ao longo da década de 1990 permite compreender que o aumento de visibilidade de certos temas, como a saúde, ocorreu através da conquista desse mesmo espaço a outros temas, como a política, num processo de progressiva substituição dos valores editoriais. Pode-se então concluir que, do ponto de vista social, existe uma crescente presença nas capas da imprensa de assuntos que mais afectam o dia-a-dia das pessoas e que supostamente lhes suscitam maior interesse. Pode-se então concluir que, do ponto de vista social, existe uma crescente presença nas capas da



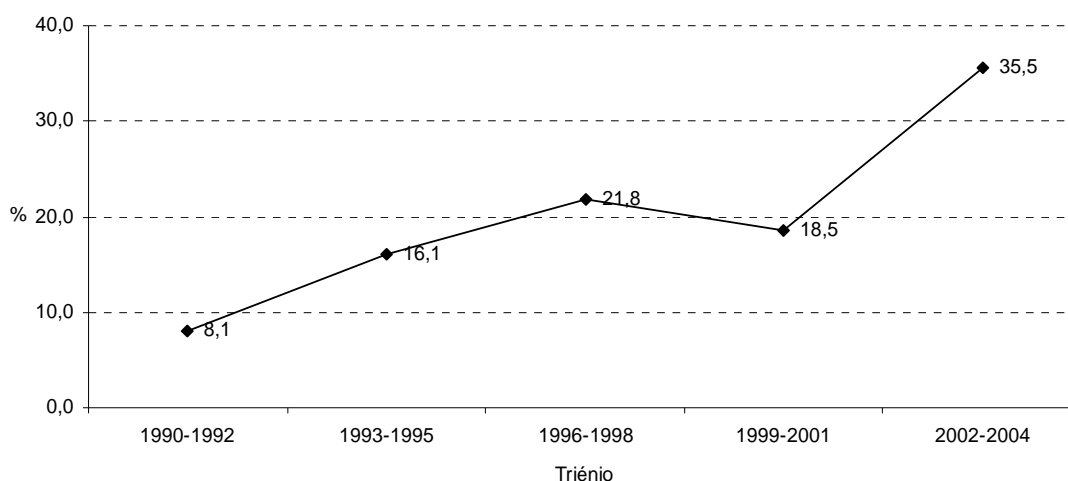
imprensa de assuntos que mais afectam o dia-a-dia das pessoas e que supostamente lhes suscitam maior interesse.

Os resultados encontrados sobre a presença de artigos nas primeiras páginas na imprensa sobre o sistema de saúde em Portugal corroboram esse aumento de interesse.<sup>122</sup> Como se observa no gráfico seguinte, o número de artigos de capa relacionados com temas sobre o sector da saúde quase que quadruplica durante o período analisado. Esse crescimento não é feito no entanto de forma gradual, assistindo-se a um aumento muito significativo, para mais do dobro no período que abrange os três primeiros triénios (de 8,1% para 21,8%), decrescendo depois ligeiramente no período de 1999-2001 (18,5%). No último triénio a presença do sector da saúde nas primeiras páginas quase que duplica face ao triénio precedente, subindo para 35,5%. Apesar da subida registada ficar também a dever-se a três acontecimentos extraordinários de negligência ocorridos durante o período em análise que catapultaram, com especial ênfase, a saúde para as primeiras páginas dos jornais, nomeadamente em 1993 e 1998, como vimos anteriormente, a presença de assuntos relacionados com o sector em termos gerais tem vindo tendencialmente a aumentar desde o início da década de 1990. O volume de informação sobre o sector da saúde não só cresce de forma acentuada em quinze anos nas páginas da imprensa, como esse crescimento tem ainda mais expressão quando se analisa especificamente o conteúdo informativo das primeiras páginas, demonstrando que o interesse por estes temas não só tem correspondência com a quantidade de notícias publicadas, como pretende também ser apelativo, atribuindo-lhes um valor especial que as eleva à capa do jornais de forma ainda mais significativa.<sup>123</sup>

---

<sup>122</sup> Como vimos, do total de artigos encontrados sobre o sistema de saúde no período em análise (1990-2004), 7,5% (211 notícias) foram publicados nas primeiras páginas dos jornais que constituem a amostra. Os resultados apresentados nesta parte do trabalho referem-se sempre a esta sub-amostra de 211 notícias.

<sup>123</sup> Cerca de metade das notícias de primeira página sobre o sector da saúde pertencem ao jornal PUB (50,2%), seguindo-se o CM (41,2%) e o semanário EXP (8,5%).

**Figura 12:** Artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP<sup>124</sup>

Dentro do espaço já de si privilegiado que é a primeira página de um jornal, os temas que aí surgem são ainda passíveis de ser classificados hierarquicamente em termos de tratamento, isto é, implicando decisões no sentido do maior ou menor relevo que lhes é atribuído na capa do jornal. A avaliação qualitativa da importância de cada assunto numa capa pode ser ordenada através da divisão em manchetes, títulos e chamadas de primeira página (Nery, 2004, pp. 34-39). A primeira é a mais importante, e reflecte a necessidade, sentida pela imprensa, de dar maior destaque a determinadas notícias. Esse relevo obedece a um conjunto de estratégias que englobam o tamanho da letra (maior do que nos outros títulos); a dimensão da notícia ou do título; o lugar ocupado na página (nomeadamente no topo) e, por vezes, embora sem obrigatoriedade, através da utilização de imagem. Um manchete define-se como sendo “um título de notícia, em letras grandes e vistosas, na primeira página de um jornal”. Contudo, uma manchete é, mais do que “um” título entre outros, é “o” título da primeira página. Trata-se daquele que os leitores atentam em primeiro lugar e que detém maior importância entre as todas notícias na capa da publicação. A manchete reflecte o tema eleito de cada publicação, aquele que os responsáveis editoriais consideram prioritário na agenda daquela edição. A importância das manchetes acresce quando se sabe que, a partir do início da década de 1990, o número de notícias na primeira página tem vindo a reduzir-se, o que valoriza ainda mais a posição da manchete.

Seguidamente na hierarquia, vêm os títulos que, como vimos anteriormente no capítulo dedicado à análise dos títulos de todas as notícias no corpo do jornal sobre o

<sup>124</sup>  $p=0,000 \leq 0,05$

sistema de saúde, cumprem uma função informativa por si só muito importante, na medida em que identificam, anunciam e resumem as notícias, ao mesmo tempo que cumprem também funções enfaticamente expressivas e apelativas, despertando o interesse do público e comunicando o que há de mais importante na informação (Fontcuberta, 1999). Sendo isto verdade para qualquer título jornalístico, essa importância e especificidade ganha ainda mais relevo quando se trata de títulos de primeira página. O número de títulos pode variar de acordo com as opções editoriais dos jornais, não só em relação a cada dia noticioso, mas também em virtude do estilo e objectivos da própria publicação. Neste espaço privilegiado deve salientar-se o que os títulos têm de melhor — a capacidade de destaque e, em simultâneo, de síntese. A valorização ou negligenciação de umas notícias em relação a outras não obedece a critérios idênticos em todas as publicações. Diferenças gráficas, conteúdo e tipo de títulos são indicadores das opções editoriais de cada jornal. Um tema merecedor de um grande título num periódico pode não corresponder a mais do que uma notícia breve num outro. Assim, os “títulos são também uma interpretação do meio de comunicação sobre os acontecimentos ou acções. O mesmo acontecimento pode titular-se segundo pontos de vista contrários” (Fontcuberta, 1999: 91). Desta forma, percebe-se que os títulos não estabelecem apenas a primeira ligação entre o leitor e as notícias; na primeira página, mas constituem também o primeiro contacto com o jornal no seu todo. A decisão de compra de uma publicação pode ser determinada pelas notícias que esta oferece, mas também pelo tratamento editorial aplicado, o que é observável, desde um primeiro momento, graças aos títulos.

Tal como refere Fontcuberta (1999, p. 100) “o dom do título está em pôr as pessoas a falar de um facto antes mesmo de terem lido toda a informação que o relata. O título mexe, agita e acelera a actualidade. A função das notícias é modificar a consciência da realidade, a dos títulos é promover uma consciência comum”. Por maioria de razão se esses títulos estiverem expressos na primeira página de um jornal.

A informação sobre temas com menos importância, na maioria dos casos sem qualquer ilustração e, apenas algumas vezes, acompanhada de um pequeno texto, é promovida com uma simples chamada de capa. Constituem-se como um tipo de notícias com interesse suficiente para conquistarem espaço na primeira página, mas sem a importância das manchetes ou títulos. Estas chamadas de primeira página satisfazem três grandes funções: a primeira, de ordem prática, constitui uma forma de destacar suplementos ou revistas, permitindo distinguir um interessante papel editorial; a

segunda é servirem como aposta cautelosa em temas novos nos jornais (como se verificou inicialmente com as notícias de ciência e ambiente); e a terceira consiste num contributo para a diferenciação entre os vários diários. As chamadas de primeira página, apesar de serem alvo de alguma desconsideração quanto à relevância, contribuem decisivamente para a caracterização dos jornais, pois é nelas que estes mais diferem entre si. Na verdade, observam-se raras coincidências, sendo mais frequente que difiram completamente de publicação para publicação, acontecendo mesmo que o recurso a esta forma de destaque possa variar ao longo do tempo dentro do mesmo jornal, existindo períodos onde são mais utilizadas que outras.

No que diz respeito à saúde, para além da tendência de crescimento verificada na permanência do sector nas primeiras páginas, é-lhe ainda atribuído um elevado valor editorial em termos de hierarquia de tratamento e destaque, como o demonstra o número encontrado de manchetes e de títulos sobre o sistema de saúde (28,4% de manchetes e 18,0% de títulos). Pouco mais de metade refere-se a chamadas de primeira página (53,6%). Estes três níveis de destaque não são utilizados de igual forma pelos três órgãos de informação em análise no tratamento da informação sobre saúde: o CM é o jornal que mais valoriza estas temáticas nas suas primeiras páginas, fazendo significativamente mais manchetes, enquanto o semanário EXP utiliza sobretudo títulos de primeira página; já o PUB é o que mais recorre a chamadas.<sup>125</sup>

**Quadro 27:** Hierarquia do tratamento dos artigos de primeira página sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP

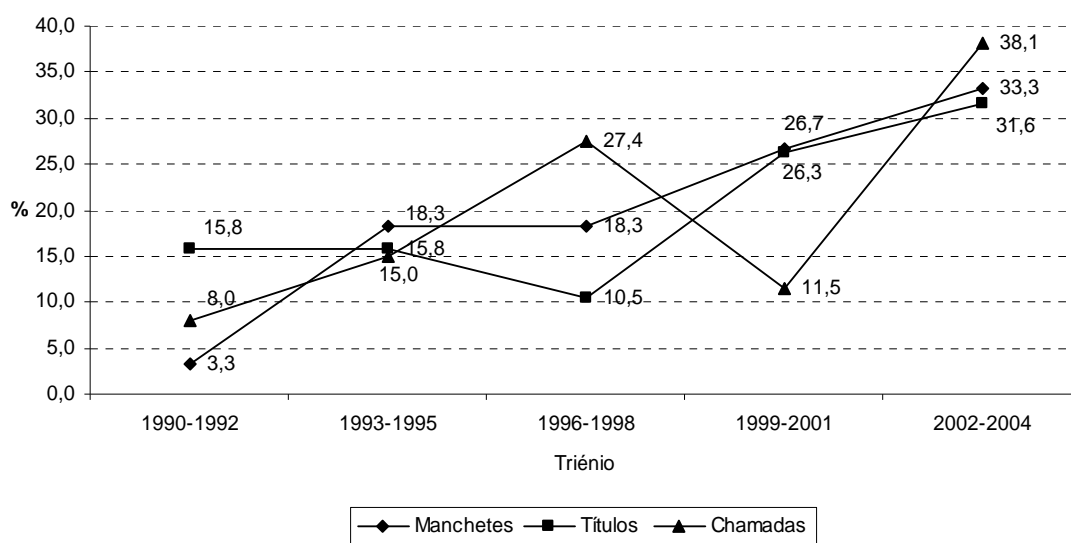
<b>Hierarquia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Manchetes	60	28,4
Títulos	38	18,0
Chamadas	113	53,6
Total	211	100,0

No início do período analisado (1990-1992), o sistema de saúde quase não fazia manchete na imprensa portuguesa (3,3%) se compararmos com as duas outras formas de hierarquizar a informação na primeira página. Quando surgia na capa, o sector era destacado de forma intermédia, sobretudo através de títulos de primeira página (15,8%), existindo depois um número ainda significativo de chamadas mas em muito menor número (8%). A partir do primeiro triénio, a saúde passa a assumir muito maior importância enquanto valor editorial. Para além da subida contínua da presença de

<sup>125</sup> Ver Quadro 37 em anexo.

informação sobre o sector da saúde nas capas dos jornais, como vimos anteriormente, a manchete passa a ser até ao final do período analisado a principal forma de destacar esses assuntos, relegando os títulos de primeira página para segundo plano. Sempre que surgiam temas relacionados com o sistema de saúde suficientemente relevantes para figurarem na capa e para que não fossem reduzidos a chamadas de primeira página, estes assumiam primordialmente a dimensão máxima de notoriedade da edição que é conferida pela manchete. Como se pode observar no gráfico seguinte, o número de manchetes subiu no segundo triénio (1993-1995) para 18,3%, estabilizando no mesmo valor no período seguinte (1996-1998), para a partir daí voltar a crescer de forma acentuada nos dois períodos seguintes relativos a 1999-2001 e 2002-2004, para 26,7% e 33,3% respectivamente, existindo assim dez vezes mais manchetes sobre o sector da saúde ao fim dos cinco triénios analisados.

**Figura 13:** Hierarquia de tratamento dos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP<sup>126</sup>



Os destaques feitos através dos títulos de primeira página estabilizam nos dois primeiros triénios nos 15,8%, baixando no período seguinte para 10,5%. Nos dois últimos triénios sofrem um aumento acentuado para 26,3% e 31,6% respectivamente, resultado da maior frequência de temas sobre o sistema de saúde nas primeiras páginas.

A frequência de chamadas de primeira página apresenta uma evolução algo descontínua que se explica pela volatilidade na sua utilização por parte dos jornais como

<sup>126</sup>  $p=0,045 \leq 0,05$

foi referido anteriormente. No entanto, tendencialmente também esta forma de destaque subiu se tivermos em conta todo o período analisado, demonstrando o crescente interesse editorial em ter temas de saúde nas primeiras páginas enquanto factor apelativo para o consumo de jornais, mesmo que esses temas não sejam particularmente importantes para ter outro tipo de destaque, contribuindo igualmente para a profusão de notícias sobre saúde que confere cada vez mais centralidade ao sector.

Para além da forma como são construídas as manchetes e os títulos, as ilustrações são também importantes para apelar e prender a atenção do leitor, em especial quando se trata da primeira página de um jornal, podendo elas ter mais ou menos conteúdo informativo, conforme o propósito da sua utilização. A utilização de imagens pode ser uma forma de valorizar determinados temas. Uma notícia de primeira página expressa com letras grandes e acompanhada de imagem tem, naturalmente, maior importância para o jornal do que outra apenas destacada com um pequeno título e sem ilustração. Face à concorrência do audiovisual, os jornais têm vindo, cada vez mais, a desenvolver estratégias de apelatividade visual assentes, sobretudo nas manchetes, ou no binómio texto/imagem. Também a cor se introduziu no antigo preto e branco das fotografias, que têm conquistado cada vez maior relevo nas primeiras páginas. Algumas vezes quase substituindo ou ultrapassando o texto.

Texto e imagem, além de objecto de quantificação de temas por primeiras páginas, foram também alvo de uma análise qualitativa. A quantidade não é bastante para definir os padrões de hierarquização das manchetes, visto que outros critérios como a localização também conferem importância ao tema. Conforme se disponha uma notícia ao centro, à direita, à esquerda, no topo ou em baixo, com maior ou menor dimensão, com ou sem imagem, assim se poderá configurar a importância atribuída ao tema por um determinado jornal.

**Quadro 28:** Ilustrações nos artigos sobre os sistema de saúde publicados nas primeiras páginas dos jornais PUB, CM e EXP

<b>Ilustrações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	15,6	33
Não	84,4	178
Total	100,0	211

Da análise realizada às primeiras páginas com informação sobre o sistema de saúde ressalta, desde logo, o baixo número de utilização de ilustrações, o que aparentemente só por si poderia indiciar uma baixa valorização relativa destes temas.

Apenas 15,6% das notícias estão acompanhadas por algum tipo de ilustração.<sup>127</sup> No entanto, como vimos anteriormente, desde praticamente o início do período analisado que o sector da saúde passou a ter assuntos destacados maioritariamente por manchetes até ao final da observação. Juntamente com as chamadas de primeira página, são as duas formas de notoriedade que menos recorrem a imagens.<sup>128</sup> A primeira por ser a mais importante, cujo enfoque se faz sobretudo pelo tamanho das letras, pelo espaço ocupado pela notícia e pela colocação no topo da página; e a segunda por ser a menos importante, que ocupa menos espaço, com um pequeno texto introdutório. A forma intermédia de destaque, títulos de primeira página, é a que mais recorre a ilustrações para dar maior relevância à notícia.

### ***Conteúdo informativo***

Seguidamente, proceder-se-á à análise do conteúdo informativo inscrito nas manchetes, nos títulos e nas chamadas de primeira página, seguindo a mesma lógica efectuada na análise aos artigos jornalísticos do corpo do jornal, no que se refere à visibilidade conferida aos diversos temas e actores, bem como à relação expressa entre os diversos protagonistas e assuntos associados, finalizando com a tendência valorativa que resulta de toda esta informação analisada contida nas primeiras páginas.

### ***Tematização do sistema de saúde***

Os assuntos laborais e de recursos humanos são os mais trazidos para as primeiras páginas dos jornais sobre o sistema de saúde (18,5%), sendo também os que têm mais expressão nas páginas interiores como vimos anteriormente, aqui reforçada na montra do jornal, evidenciando portanto a especial importância que lhes é atribuída em termos de visibilidade, quer em quantidade, quer na qualidade que a localização na primeira página lhe confere.<sup>129</sup> A grande maioria desta informação refere-se às condições de trabalho e a reivindicações laborais, quase exclusivamente da profissão médica, vincando assim ainda mais a tendência encontrada no corpo do jornal. A restante

---

<sup>127</sup> Na esmagadora maioria são fotografias (93,9%) e as restantes gráficos e desenhos (6,1%). Pouco mais de metade dessas fotografias são personalizadas (53,1%). Os outros 46,9% são fotografias variadas que vão desde imagens exteriores de unidades de saúde, sobretudo de hospitais e menos de Centros de Saúde, a imagens interiores, como salas de espera, blocos operatórios, passando por imagens de veículos de socorro, entre outras.

<sup>128</sup> Ver Quadro 38 em anexo.

<sup>129</sup> Ver Quadro 8 relativo à distribuição de temas no corpo do jornal.

informação refere-se à falta de profissionais em unidades de saúde, recaindo a atenção quase sempre sobre a necessidade de colocação de mais médicos.

**Quadro 29:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas no PUB, CM e EXP

	n	%
Política de saúde e administração do sistema	25	11,8
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	29	13,7
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	18	8,5
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	19	9,0
Assuntos laborais e de recursos humanos	39	18,5
Assuntos sócio-profissionais	4	1,9
Formação de recursos humanos	10	4,7
Negligência médica e dos serviços	27	12,8
Sector farmacêutico e medicamentos	15	7,1
Promoção da saúde e prevenção da doença	9	4,3
Ciência e tecnologia	5	2,4
Enfoque individual	2	0,9
Outros	9	4,3
Total	211	100,0

O acesso e funcionamento do sistema, a unidades ou a serviços de saúde é o tema a seguir com maior presença nas primeiras páginas (13,7%), também superior ao que ocorre no interior do jornal. Esta informação recai muito em particular sobre o funcionamento e o acesso aos hospitais públicos, em particular aos serviços de urgência. O problema das listas de espera para cirurgias e a demora para a obtenção de consultas recebe ainda algum destaque nas primeiras páginas. Os cuidados de saúde primários surgem com uma visibilidade muito mais baixa, não existindo praticamente outros assuntos para além daqueles três. Os dois temas com maior visibilidade são constantes e sem grandes oscilações nas primeiras páginas dos jornais ao longo do período em análise.<sup>130</sup>

Seguidamente, surge a negligência médica e dos serviços como o terceiro tema com maior destaque nas primeiras páginas (12,8%), presença essa que é muito superior à que é encontrada nas restantes páginas dos jornais (cerca do dobro em proporção), o que demonstra claramente o especial valor que estas notícias têm para os *mass media*, sendo trazidas para as primeiras páginas com muito maior probabilidade do que qualquer outro assunto ocorrido no domínio do sistema de cuidados médicos. Esta informação divide-se sensivelmente entre a negligência atribuída a actos médicos singulares e a negligência atribuída ao funcionamento de serviços, em parte devido aos

<sup>130</sup> Ver Quadro 39 em anexo.



conhecidos casos ocorridos com os doentes hemofílicos e com os doentes hemodialisados no hospital de Évora descritos anteriormente. Apesar destes casos específicos que tiveram repercussões na comunicação social sobretudo na primeira metade da década de 1990, parece existir uma tendência mais recente de destacar este tipo de situações nas primeiras páginas dos jornais, sobretudo no último triénio do período analisado (2002-2004).

A política de saúde e a administração do sistema é o tema a seguir com maior visibilidade na capa dos jornais (11,8%), muito abaixo da presença que tem nas páginas seguintes no interior do jornal, evidenciando uma menor apetência para se transformarem em notícia de capa, referindo-se na grande maioria dos casos à actuação do governo em diversos domínios, sendo pouca a visibilidade dos partidos políticos e de outros agentes políticos. As notícias sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos (9%) têm igualmente menor proporção em relação à saliência deste tema no corpo do jornal, referindo-se a grande maioria desta informação ao sistema hospitalar público.

A gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde (com particular incidência sobre dívidas do sector hospitalar, tendo ainda alguma visibilidade as dívidas à indústria farmacêutica e às farmácias), em particular entre 1999 e 2001, bem como o sistema farmacêutico e os medicamentos, são os assuntos a seguir com maior presença nas primeiras páginas (8,5% e 7,1%, respectivamente). Com menor visibilidade surgem ainda os assuntos relacionados com a formação de recursos humanos e com a prevenção da doença e a promoção da saúde (4,7% e 4,3%, respectivamente), seguindo-se a informação sobre ciência e tecnologia e sobre matérias de cariz sócio-profissional (2,4% e 1,9% respectivamente), ambos com probabilidade inferior de ser notícia de capa, quando comparados com a incidência que têm em todo o jornal. Por último, aparecem ainda notícias destacadas nas primeiras páginas que privilegiam o enfoque individual (0,9%) para contarem histórias de utentes ocorridas no âmbito dos cuidados de saúde portugueses.

Apesar de não se registarem muitas diferenças no que respeita à distribuição dos diversos temas, verifica-se que existe uma tendência clara para o jornal PUB trazer para as suas primeiras páginas assuntos sobre política e administração do sistema, enquanto o CM prefere dar maior visibilidade aos assuntos relacionados com o acesso e

funcionamento do sistema de saúde.<sup>131</sup> Confirma-se assim o que foi referido anteriormente sobre o facto de as primeiras páginas de um jornal, mais do que evidenciar a importância dos temas por si só, evidenciam as opções editoriais de um órgão de informação e o que dele podemos esperar no seu interior.

**Quadro 30:** Localização a que se referem os artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas no PUB, CM e EXP<sup>132</sup>

	n	%
Portugal	150	71,1
Norte	15	7,1
Centro	9	4,3
Lisboa e Vale do Tejo	29	13,7
Alentejo	11	5,2
Algarve	13	6,2
Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira	2	0,9
Países europeus / Europa	8	3,8
Outros Países	2	0,9

A grande maioria das notícias de primeira página sobre o sector da saúde refere-se a assuntos de amplitude nacional (71,1%), seguindo-se depois a capital do país e a região circundante (13,7%). O Norte e o Algarve são as regiões com maior visibilidade a seguir (7,1% e 6,2%, respectivamente), surgindo depois o Alentejo e a região Centro (5,2% e 4,3%, respectivamente). A referência à UE, à Europa em geral ou a outros países europeus mais especificamente tem ainda alguma expressão, dadas as implicações externas que cada vez mais existem no sistema de saúde português (3,8%). A visibilidade dos assuntos relacionados com os cuidados médicos nas Regiões Autónomas é praticamente inexistente, tal como a referência a outros países fora da Europa que de alguma forma se relacionem com Portugal (0,9% para ambos).

#### *Protagonistas no espaço público da saúde*

De uma forma geral, os mesmos actores que têm maior destaque nas primeiras páginas são os mesmos sobre quem mais se escreve ou são mais nomeados em toda a informação contida no corpo do jornal sobre o sistema de saúde, embora com algumas especificidades nesta parte nobre de um jornal. Os principais órgãos de governo passam

<sup>131</sup> Ver Quadro 40 em anexo.

<sup>132</sup> Foram categorizadas todas as localidades (vilas ou cidades), regiões e países referidas em cada artigo, sendo por isso os dados apresentados fruto dessa categorização múltipla, correspondendo os valores percentuais calculados em função do total dos artigos de primeira página (211) e não das categorias classificadas (239).

a ser os actores mais enunciados nas primeiras páginas (54,1%), com uma notoriedade superior nesta parte do jornal do que aquela que ocorre no seu interior, acontecendo o mesmo com os médicos (47,5%), enquanto os hospitais públicos assumem mais ou menos a mesma visibilidade (45,4%), sendo enunciados sensivelmente a cada dois destaques de primeira página. A referência aos utentes é substancialmente menor do que a que ocorre no discurso jornalístico dentro do jornal, embora sejam o quarto tipo de actor mais nomeado (37,1%).

Com muito menor expressão, mas ainda assim com alguma relevância, surgem as entidades judiciais e policiais (16,5%), que são trazidos para as primeiras páginas com maior frequência do que aquela que é feita dentro do jornal; os actores ligados ao ensino e investigação (15,5%); os organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde (14,4%); e as ordens profissionais (10,8%), que mantêm sensivelmente a mesma proporção (com excepção para os organismos governamentais que aparecem muito menos vezes nas primeiras páginas). Os restantes actores têm muito pouca notoriedade na capa dos jornais que, de uma forma geral, correspondem à visibilidade que têm no seu interior. Existem, no entanto, alguns actores que surgem muito abaixo do que acontece no interior dos jornais, isto é, que merecem muito pouco destaque editorial, face até à relevância que assumem no âmbito do funcionamento do sistema de saúde, como é o caso de unidades de saúde como os Centros de Saúde (4,1%) ou de outros profissionais de saúde como os enfermeiros (2,6%).

**Quadro 31:** Actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP <sup>133</sup>

	n	%
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>		
Órgãos de governo	105	54,1
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	28	14,4
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	2	1,0
Parlamento e partidos políticos	14	7,2
Poder local	4	2,1
Entidades judiciais e policiais	32	16,5
Ensino e Investigação	30	15,5
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	14	7,2
Sub-sistemas de saúde	2	1,0
Outros poderes de Estado e instituições públicas	19	9,8

<sup>133</sup> Categorização múltipla: as percentagens são relativas ao total dos artigos de primeira página onde foram pelo menos identificados um actor (194) e não sobre o total dos actores classificados (633).

*Cont.*

<b>Utentes, Sociedade civil e instituições privadas</b>		
Utentes	72	37,1
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	5	2,6
Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde	1	0,5
Outras associações	1	0,5
Ordens profissionais	21	10,8
Sindicatos	15	7,7
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	2	1,0
Comunicação social	1	0,5
Instituições religiosas	1	0,5
Organizações internacionais	9	4,6
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	12	6,2
<b>Interesses comerciais e financeiros</b>		
Grupos económicos e financeiros	2	1,0
Indústria e serviços do sector da saúde	1	0,5
Indústria farmacêutica	11	5,7
Empresas de seguros	0	0,0
Associações de interesse sócio-económico	3	1,5
Serviços privados de saúde em geral	2	1,0
Outros interesses comerciais e financeiros	4	2,1
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais públicos	88	45,4
Centros de saúde	8	4,1
Outras unidades de cuidados de saúde	3	1,5
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais privados	0	0,0
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	2	1,0
Farmácias	8	4,1
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>		
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde sociais	1	0,5
<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Médicos	93	47,9
Enfermeiros	5	2,6
Farmacêuticos e similares	3	1,5
Outros profissionais de saúde	9	4,6

Em mais pouco mais de um terço dos artigos de primeira página, os actores surgem personalizados, isto é, o protagonista é identificado em nome próprio (36,5%). Destes, a grande maioria são detentores de cargos governativos (72,7%), referindo-se quase exclusivamente aos ministros da pasta da Saúde ao longo dos sucessivos governos, surgindo ainda algumas vezes referências ao Primeiro-Ministro ou a ministros de outras pastas. Em pouco mais de um terço desses artigos personalizados surgem ainda médicos em nome próprio (28,6%), sendo escassas ou mesmo nulas as referências

a outras pessoas pertencentes a instituições ou organismos a operar no âmbito do sistema de saúde ou que com este se tenham relacionado de alguma forma.<sup>134</sup>

**Quadro 32:** Personalização dos actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP

<b>Personalização</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	77	36,5
Não	134	63,5
Total	211	100

Em síntese, se na globalidade dos conteúdos jornalísticos, a grande visibilidade conferida a determinados actores obedece a “valores-notícia” e a enquadramentos interpretativos específicos já identificados, que valorizam os cuidados de saúde praticados em hospitais (onde está a excelência técnica de recursos humanos e tecnológicos), os médicos que são os protagonistas mais relevantes, e os governos que, em sistemas de saúde públicos, são o garante da organização e provisão dos cuidados de saúde, nas primeiras páginas esses traços valorativos são assim ainda mais importantes e destacados, em resultado do valor editorial e apelativo de que se reveste esta parte nobre da imprensa escrita.

#### *Avaliações e interpelações*

Seguidamente proceder-se-á à análise de relações entre actores expressas nas primeiras páginas, tal como foi realizada anteriormente para o conteúdo jornalístico no interior do jornal. Recorrendo à mesma lógica analítica, identificar-se-á as relações que englobam avaliações da actuação de actores por outros e as interpelações existentes. Em virtude do baixo valor de artigos onde se verificam estes tipos de relações, os resultados aqui apresentados são meramente indicativos sem qualquer pretensão de representatividade.

#### *Avaliações*

Quando se analisa a relação expressa entre actores na informação publicada nas primeiras páginas, verifica-se que em cerca de um quarto das peças jornalísticas (22,3%) existe a manifestação declarada de uma tomada de posição avaliativa de um actor relativamente a outro, sendo a quase totalidade dessas avaliações negativas

<sup>134</sup> Ver Quadro 41 em anexo. Categorização múltipla: as percentagens são relativas ao total dos artigos de primeira página onde foram pelo menos identificados um actor personalizado nos títulos (77) e não sobre o total dos actores classificados (124).

(93,6%), o que reforça ainda mais o teor predominantemente negativo da informação sobre a saúde e o sistema de saúde.<sup>135</sup>

**Quadro 33:** Existência de relações avaliativas entre actores nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas no PUB, CM e EXP

	n	%
Sim	47	22,3
Não	164	77,7
Total	211	100,0

Em mais de metade dessas avaliações, os actores noticiados que surgem nas primeiras páginas a revelar tomadas de posição sobre as acções de outros são em particular o governo (Ministério da Saúde) e os organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde (25,5%, 12 peças), as ordens profissionais (17,0%, 8 peças) e as entidades judiciais e policiais (12,8%, 6 peças), enquanto que os principais destinatários dessas avaliações são sobretudo três, com visibilidades idênticas: os médicos (25,5%, 12 peças); o governo, com realce para o Ministério da Saúde (21,3%, 10 peças) e os hospitais públicos (17%, 8 peças). A maioria das avaliações refere-se a casos de alegada negligência médica e de serviços e a assuntos relacionados com o acesso e funcionamento do sistema de saúde.

### Solicitações

Como se observa no quadro a seguir, muito poucas são as peças jornalísticas de primeira página que demonstram de forma clara algum tipo de solicitação entre actores.<sup>136</sup> Em apenas 12,3% de artigos encontrados onde existe esta relação entre actores, mais de metade das solicitações encontradas são da autoria dos médicos<sup>137</sup> (19,2%, 5 peças), das ordens profissionais (15,4%, 4 peças), de órgãos de governo (11,5%, 3 peças) e dos partidos políticos (11,5%, 3 peças), destinadas maioritariamente ao governo ou, mais concretamente, ao Ministério da Saúde e seus titulares (53,8%, 14 peças). Apesar de ser baixo o número de artigos com este tipo de informação, é possível verificar o seu padrão, de resto esperado: os organismos de representação profissional como as ordens e os sindicatos, que têm capacidade de organização e o poder de colocar os seus problemas e reivindicações no espaço público, são os que mais visibilidade têm

<sup>135</sup> Nas primeiras páginas foi classificada apenas uma relação avaliativa por artigo.

<sup>136</sup> Nas primeiras páginas foi classificada apenas uma solicitação por artigo.

<sup>137</sup> Apesar de surgir a designação de médicos, essas solicitações referem-se depois a assuntos de cariz laboral, normalmente encabeçadas pelos respectivos sindicatos.

na imprensa e na sua principal mostra que são as capas dos jornais, dirigindo as suas reivindicações ao poder político, o qual, por ser caracteristicamente público, administra e regula todos os profissionais e sectores do sistema de saúde.

**Quadro 34:** Existência de solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP

	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	26	12,3
Não	185	87,7
Total	211	100,0

Os pouquíssimos casos não permitem encontrar uma tendência clara sobre as áreas predominantes sobre as quais recaem as interpelações, embora os assuntos laborais e de recursos humanos, bem como o funcionamento e o acesso aos serviços de saúde assumam alguma preponderância.





## Capítulo 12

### Tendência valorativa da informação sobre o sistema de saúde

No jornalismo, nem todas as ocorrências têm a mesma probabilidade de virem a ser notícia, ou seja, nem todas as ocorrências têm as propriedades necessárias para serem definidas como acontecimentos, assim como nem todos os acontecimentos são passíveis de ser mediatizados. Com efeito, existe um conjunto de “valores-notícia” familiares aos jornalistas que permite atribuir maior ou menor importância às ocorrências e a transformá-las em acontecimentos que merecem ser difundidos pela comunicação social (Rebelo, 2002).

Como refere Rodrigues (1993, p. 27), um acontecimento no campo mediático “é tudo aquilo que irrompe na superfície lisa da história de entre uma multiplicidade aleatória de factos virtuais. Pela sua natureza, o acontecimento situa-se, portanto, algures na escala das probabilidades de ocorrência, sendo tanto mais imprevisível quanto menos provável for a sua realização. É por isso em função da maior ou menor previsibilidade que um facto adquire o estatuto de acontecimento pertinente do ponto de vista jornalístico: quanto menos previsível for, mais probabilidades têm de se tornar notícia e de integrar assim o discurso jornalístico”. Para além da imprevisibilidade, uma ocorrência tem igualmente maior probabilidade de se transformar em acontecimento quando produz um “efeito de relevância”, ou seja, quando se observa “uma modificação no estado do mundo fenomenal, desequilibrante e ressentida pelos sujeitos” (Rebelo, 2002, p. 116); e mais probabilidade ainda quando gera, por sua vez, um “efeito de pregnância”, isto é, quando essa ocorrência provoca alterações de comportamento nos indivíduos, adequando-os às novas circunstâncias que essa ocorrência originou (Rebelo, 2002).

Um acontecimento terá assim de conter determinadas características para ser divulgado pelos *mass media*, isto é, terá de obedecer a um conjunto de critérios

(“valores-notícia”) facilmente identificáveis e replicáveis que orientam a selecção das ocorrências, sendo esse conjunto mais um elemento, entre vários, que definem a noticiabilidade dos acontecimentos com base nos quais os jornalistas controlam e gerem a quantidade de material informativo que irá ser trabalhado e publicado. Mais especificamente, segundo Wolf (1995, p. 173), os “valores-notícia” “são critérios de selecção dos elementos dignos de ser incluídos no produto final, desde o material disponível até à redacção. Em segundo lugar, funcionam como linhas-guia para a apresentação do material, sugerindo o que deve ser realçado, o que deve ser omitido e o que deve ser prioritário na preparação das notícias a apresentar ao público. Os valores/notícia são, portanto, regras práticas que abrangem um corpus de conhecimentos profissionais, que implícita e, muitas vezes, explicitamente explicam e guiam os procedimentos operativos redactoriais”. Em suma, segundo o mesmo autor, esses critérios “constituem referências claras e disponíveis, a conhecimentos partilhados sobre a natureza e os objectos das notícias, referências essas que podem ser utilizadas para facilitar a complexa e rápida elaboração dos noticiários” (Wolf, 1995, p. 174).

A melhor informação para ser noticiada é sobretudo aquela que se refere a acontecimentos fora do comum, que são extraordinários e pouco banais, em particular aqueles que têm consequências negativas, que são dramáticos, que invocam sentimentalismo, tristeza, etc., factores esses que tenderão a ser realçados no discurso de forma a conferir maior visibilidade à notícia e a torná-la mais apelativa ao leitor. Os acontecimentos que se refiram a pessoas com destaque na sociedade ou a países com maior peso internacional tenderão a ter igualmente maior probabilidade de serem noticiados. O tempo em que ocorre e o espaço a que se refere são outros dos critérios mais valorizados, isto é, um acontecimento será tanto mais importante quanto maior for o seu grau de actualidade (a diferença de tempo entre o momento em que se dá e o momento em que é noticiado) e se refira ao espaço societal do público a que a informação veiculada pelo órgão de informação se destina. Um acontecimento que não apresente algumas destas características terá menos relevância para ser mediatizado (Rebelo, 2002).

Ao longo do trabalho, fomos dando conta dos diversos elementos que caracterizam a informação publicada sobre o sistema de saúde pela imprensa escrita, evidenciando a forma como os acontecimentos são organizados editorialmente, a relevância dos vários temas e os principais protagonistas, bem como a forma como se relacionam entre si no espaço mediático. A todos esses elementos subjazem critérios

específicos de noticiabilidade que transmitem a quem lê uma determinada imagem geral do sector da saúde em Portugal. Nesse sentido, a fim de determinar a orientação global dessa imagem projectada pelos *mass media*, procedeu-se à avaliação dos artigos em termos da sua tendência valorativa em relação ao sistema de saúde, adoptando o ponto de vista do leitor comum e não dos actores directamente envolvidos em acções específicas ou ligados ao sector enquanto partes interessadas. Assim, classificou-se como *negativos* os artigos que enfatizam, globalmente, a existência de problemas que requerem soluções, dificuldades apresentadas nos mais variados domínios, conflitos de interesses, etc.; consideraram-se *positivos* os artigos que adoptam uma construção optimista das notícias, por exemplo anunciando soluções para os problemas existentes, fazendo críticas positivas ou elogios quanto a desempenhos, etc.; finalmente, foram classificados como *neutros* ou ambíguos os artigos que suscitam dúvidas quanto à sua classificação ou que, pela simplicidade do discurso e dos factos descritos, não permitem descortinar uma tendência clara.

Como vimos anteriormente aquando da análise dos títulos de todos os artigos jornalísticos, cerca de metade espelha desde logo uma imagem negativa do funcionamento do sistema de saúde através desse importante elemento informativo que é o título.<sup>138</sup> Se se aplicar o mesmo tipo de análise em relação ao artigo completo no que se refere à tendência global do discurso nele contido, e não apenas ao que pode ser lido nos títulos, verifica-se que a perspectiva negativa dada do funcionamento do sistema de saúde em termos gerais tende a ser ainda maior, apesar de os artigos com conteúdo positivo tenderem também a aumentar na mesma proporção, existindo assim 57,5% de artigos com conteúdo negativo e 32,8% com conteúdo positivo, diminuindo para 9,7% os que têm um conteúdo neutro ou ambíguo. Isto porque os títulos neutros ou ambíguos encontrados correspondem, em igual número, a conteúdos negativos e positivos, sendo poucos os artigos que mantêm essa perspectiva inscrita nos títulos. Por vezes, embora de forma muito pouco significativa, não existe correspondência entre o conteúdo dos artigos com a carga mais positiva ou negativa e os títulos que os pretendem resumir e dar destaque, existindo títulos negativos cujo conteúdo do artigo se revela neutro ou até positivo e vice-versa.<sup>139</sup>

---

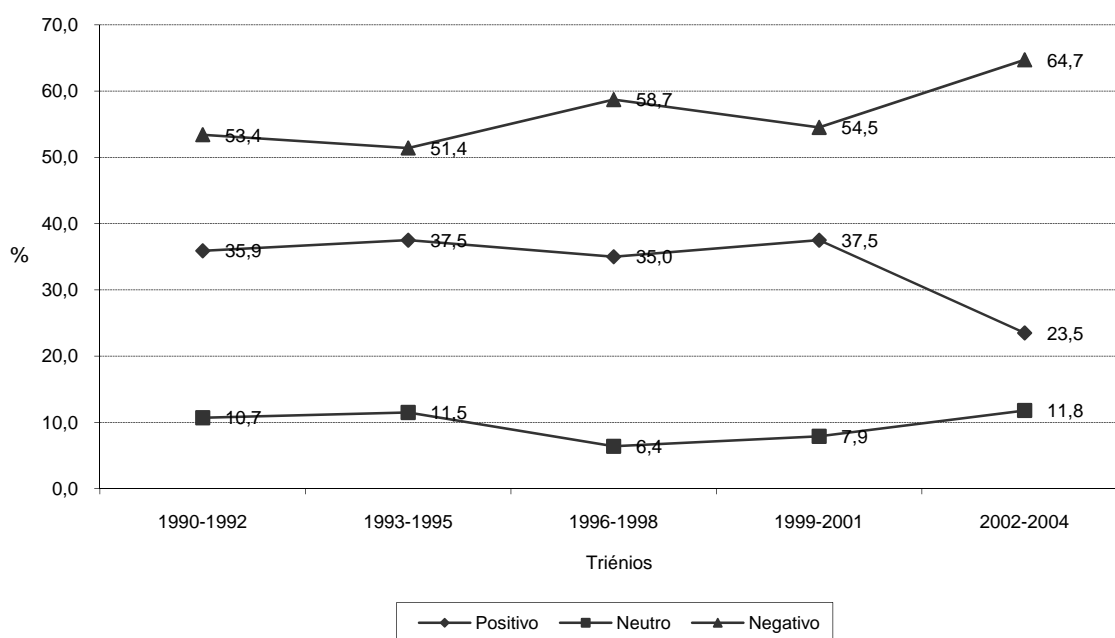
<sup>138</sup> Ver Capítulo 9.

<sup>139</sup> Ver Quadro 42 em anexo.

**Quadro 35:** Tendência valorativa do artigo sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP

Valoração	n	%
Positivo	842	32,8
Neutro/ambíguo	249	9,7
Negativo	1479	57,5
Total	2570	100,0

A distribuição da tendência valorativa dos artigos corresponde, em termos gerais, à dos títulos ao longo do período analisado. Isto é, existem mais artigos de cariz negativo de forma significativa a partir de 2002, enquanto os artigos cujo conteúdo é favorável ao sistema de saúde têm uma prevalência idêntica ao longo de todo o período, decrescendo acentuadamente nos últimos três anos. Esta ausência de flutuação do número de artigos positivos nesse período antecedente indica, pelos resultados encontrados na análise anterior dos títulos, que entre 1993 e 1995 e entre 1999 e 2001, existiu uma tendência para atribuir títulos de cariz mais positivo a notícias que depois não tinham correspondência evidente quanto ao seu conteúdo global. Já os conteúdos neutros ou ambíguos existiram em menor quantidade sobretudo entre os anos de 1996 e 1998, tendendo novamente a subir a partir desse período.

**Figura 14:** Tendência valorativa dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP<sup>140</sup><sup>140</sup>  $p=0,000 \leq 0,05$

Tal como já tinha sido verificado pela análise dos títulos, os jornais PUB e EXP são os que mais publicam artigos cujo conteúdo fornece globalmente uma imagem negativa do funcionamento do sistema de saúde e dos problemas a ele associado, sobretudo o jornal diário, uma vez que o semanário é também aquele que mais artigos publica com uma conotação neutra ou ambígua. O CM é o jornal que mais publica, em termos relativos, artigos cujo conteúdo fornece uma perspectiva mais positiva do funcionamento do sistema de saúde público, apresentando mais informação sobre as suas virtualidades, a disponibilização e a qualidade dos cuidados, bem como as soluções para resolver os problemas.<sup>141</sup>

Os formatos jornalísticos proporcionalmente mais associados a conteúdos que fornecem uma perspectiva negativa sobre o funcionamento do sistema de saúde referem-se, em termos relativos, a artigos de opinião. Sobretudo os que são escritos de forma não regular por individualidades ou especialistas e cartas de leitores, que se servem dos meios de comunicação para expressar as suas opiniões sobre assuntos relacionados com a temática da saúde, mas também as crónicas, colunas ou comentários regulares que versaram temas relacionados com o sector da saúde, assinados geralmente por personalidades com reconhecido mérito intelectual e social que escrevem com periodicidade fixa sobre os mais variados temas (vulgo colunistas). As reportagens e os trabalhos jornalísticos de fundo, com uma maior componente investigativa, tendem a ocupar-se sobretudo de assuntos que revelam problemas e dificuldades de funcionamento ocorridos nas mais variadas áreas, com um impacto negativo sobre o sector da saúde. As notícias são o formato que mais revela conteúdos mais optimistas, dando conta de aspectos positivos do sistema de saúde.<sup>142</sup>

Tendo em conta as características atrás enunciadas e aprofundadas aquando da análise dos diversos temas<sup>143</sup> e sabendo-se ainda que a maioria dos artigos redonda numa tendência valorativa negativa, os assuntos laborais e de recursos humanos são, em termos relativos, aqueles que estão mais associados a uma perspectiva problemática e conflituosa do sistema de saúde, bem como os diversos acontecimentos relacionados com a negligência médica ou dos serviços. Inversamente, as notícias sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, bem como o acesso e o funcionamento sistema de saúde e ainda os assuntos sobre a promoção da saúde e a prevenção da

---

<sup>141</sup> Ver Quadro 43 em anexo.

<sup>142</sup> Ver Quadro 44 em anexo.

<sup>143</sup> Ver Capítulo 7.

doença, são os temas que mais contribuem para uma imagem positiva do sector da saúde. Os artigos sobre políticas de saúde e a administração do sistema estão igualmente mais associados a enquadramentos positivos, em particular quando os conteúdos se referem ao anúncio ou implementação de medidas com vista à resolução dos problemas, embora também seja o tema mais associado a conteúdos neutros ou ambíguos, a par dos acontecimentos sobre o sector farmacêutico, bem como a gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde, que se refere sobretudo a notícias factuais sobre gastos sem qualquer discussão associada.

**Quadro 36:** Tendência valorativa do artigo sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP por tema

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Tema		Positivo	Neutro	Negativo
Política de saúde e administração do sistema	n	159	54	190
	%	18,9	21,7	12,8
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	110	13	157
	%	13,1	5,2	10,6
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	163	18	103
	%	19,4	7,2	7,0
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	42	32	119
	%	5,0	12,9	8,0
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	49	18	361
	%	5,8	7,2	24,4
Assuntos sócio-profissionais	n	45	21	87
	%	5,3	8,4	5,9
Formação de recursos humanos	n	38	8	41
	%	4,5	3,2	2,8
Negligência médica e dos serviços	n	5	7	156
	%	0,6	2,8	10,5
Sector farmacêutico e medicamentos	n	74	43	107
	%	8,8	17,3	7,2
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	45	7	30
	%	5,3	2,8	2,0
Ciência e tecnologia	n	78	23	75
	%	9,3	9,2	5,1
Enfoque individual	n	8	3	20
	%	1,0	1,2	1,4
Outros	n	26	2	33
	%	3,1	0,8	2,2
Total	n	842	249	1479
	%	100,0	100,0	100,0

Seguindo a mesma lógica de classificação adoptada na análise para todo o conteúdo informativo do corpo do jornal, a globalidade da informação sobre o sistema de saúde expressa nas primeiras páginas dos órgãos de comunicação social analisados resulta numa imagem ainda mais desfavorável para o sector do que aquela que é dada

pela informação contida nas páginas interiores: cerca de dois terços dos artigos evidenciam uma tendência negativa (62,6%), dividindo-se os restantes entre positivos e neutros ou ambíguos (19,4% e 18,0% respectivamente). Tal como acontece com a informação contida no interior do jornal, os assuntos laborais e de recursos humanos, bem como a negligência médica e dos serviços, são os conteúdos de primeira página que mais contribuem para essa imagem negativa, ao enfatizarem a existência de problemas, dificuldades e conflitos, ou até, em muitos casos, a existência de crimes por negligência. Em termos relativos, as políticas de saúde e administração do sistema são os assuntos mais associados a conteúdos neutros ou ambíguos, enquanto os restantes temas não estão associados a nenhuma tendência valorativa em particular.<sup>144</sup>

**Quadro 37:** Tendência valorativa dos títulos da informação sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP

Valoração	n	%
Positivo	41	19,4
Neutro/ambíguo	38	18,0
Negativo	132	62,6
Total	211	100

Apesar da tendência encontrada em termos absolutos ser claramente negativa, tanto estes assuntos críticos como os que têm uma carga positiva podem originar manchetes, não existindo diferenças em termos relativos. Já os títulos de primeira página estão associados a acontecimentos com um carácter positivo, enquanto aqueles que são enunciados de uma forma neutra ou ambígua surgem particularmente em chamadas de primeira página.<sup>145</sup>

Em síntese, os “valores-notícia” válidos para outros temas da agenda noticiosa aplicam-se igualmente aos acontecimentos sobre a saúde e ao sistema de saúde. Com efeito, a negatividade, a controvérsia, o conflito, a proximidade, a novidade e a dramatização, constituem-se como os critérios mais importantes para a escolha das matérias noticiáveis, a par da relevância atribuída especificamente a alguns actores com significativa capacidade de agendamento pelo estatuto social e político que detêm. Os acontecimentos sobre os diversos temas relativos à saúde e ao sistema de saúde em Portugal que têm maior cobertura são aquelas que melhor satisfazem aqueles critérios, em particular pela sua conflitualidade, controvérsia e negatividade. Esta tendência da imprensa analisada para sobrevalorizar estes critérios resulta em conteúdos informativos

<sup>144</sup> Ver Quadro 45 em anexo.

<sup>145</sup> Ver Quadro 46 em anexo.

globalmente negativos, projecta inevitavelmente para o público uma perspectiva muito pouco favorável da situação da saúde e do funcionamento do sistema de saúde no país e, em especial, do serviço público. Esta tendência não é exclusiva da área da saúde, pois corresponde à dinâmica própria dos *mass media* para projectar imagens predominantemente negativas da sociedade em geral e da vida política em particular, dinâmica segundo a qual “aquilo que funciona normalmente não é notícia” (Cabral, et al., 2002).



## CONCLUSÃO



Em Portugal tem-se assistido nos últimos anos a uma tendência de crescimento da presença de informação sobre a saúde e o funcionamento do sistema de saúde na comunicação social, em particular a partir da segunda metade da década de 1990, como o demonstra os resultados apresentados com base na amostra dos três órgãos da imprensa escrita analisados, acompanhando assim tendência do que acontece na globalidade das sociedades da mesma área geo-cultural de Portugal (Case, 1994b; Seale, 2002, 2004). Pelo conhecimento que temos das relações entre os diferentes meios de comunicação, nomeadamente a imprensa, a rádio e a televisão, é lícito que muitas das conclusões tiradas para a imprensa escrita se apliquem, sensivelmente, aos outros *mass media* (Althaus & Tewksbury, 2002; Brosius & Kepplinger, 1990; Salgado, 2007b; Wolf, 1995).

O volume da informação sobre o sistema de saúde não pode ser medido apenas pela frequência com que os artigos informativos sobre estas temáticas surgem nos meios de comunicação social no dia a dia mas também pelo destaque, pelo grau de desenvolvimento dos assuntos e do espaço que ocupam em cada edição. Desde logo, tem sido dado um destaque cada vez maior à saúde e ao funcionamento dos serviços de saúde nas primeiras páginas da imprensa escrita, o que confirma a crescente importância editorial dada a estes temas e o valor superior que eles tendem a ter, em competição com outros assuntos, para a ocupação deste restrito e nobre espaço mediático. Para além disso, como vimos, as notícias sobre o sistema de saúde tendem a ser publicadas em secções destinadas a assuntos de largo interesse nacional e social, raramente se confinando a secções temáticas mais restritas em termos de conteúdo e de interesse para os leitores. Com efeito, tem existido ao longo do tempo um aumento da visibilidade e da

discussão dos assuntos e problemas relacionados com o sistema de saúde, enquanto tema político-social nacional em detrimento da cobertura de problemas locais e regionais.

O aumento significativo da presença de matérias relacionadas com a saúde ao longo do tempo não tem sido, no entanto, acompanhado por um maior desenvolvimento relativamente ao seu conteúdo. Para os órgãos de informação, o interesse tem sido sobretudo o de incluir mais assuntos sobre saúde no dia a dia pelo seu valor intrínseco, no sentido de captar e fixar leitores, do que propriamente desenvolver conteúdos dentro de cada assunto. Ainda assim, o interesse por matérias relacionadas com a saúde parece não ser, no entanto, uniforme a todos os órgãos de informação, observando-se uma maior apetência da parte do jornalismo diário “tablóide”/popular para publicar mais este tipo de temas em número, embora dedicando-lhes menos espaço em cada edição, com conteúdos e enquadramentos mais simplificados e fazendo maior uso da imagem, enquanto o chamado jornalismo de referência tende a ter ao longo do tempo conteúdos mais extensos, com enquadramentos mais desenvolvidos e problematizados no tratamento dos acontecimentos, como aliás lhe é próprio. No entanto, apenas uma minoria das notícias possuem estas características, dado que, na globalidade dos órgãos analisados, estas são sobretudo de pequena dimensão, com um discurso dominante mais descritivo e, por vezes, puramente factual.

Quanto ao conteúdo informativo, das principais tendências encontradas ressaltam algumas características informativas que são consentâneas com as conclusões descritas pela literatura internacional que se tem ocupado desta área de estudo, embora o grau dessas conclusões possa ser variável, até porque a existência deste tipo de estudos com um carácter mais abrangente sobre o sistema de saúde é relativamente raro, ao contrário do que acontece com os estudos centrados em apenas um tema/tópico particular (“*single topic issues*”) (Seale, 2002), não existindo por isso dados comparáveis a não ser verificar conclusões gerais.

De acordo com uma dessas conclusões, em países com sistemas de saúde públicos, tal como o *National Health Service* britânico, dois dos principais assuntos sobre saúde encontrados na comunicação social referem-se às políticas de saúde e à área laboral, uma vez que o Estado é o principal administrador e prestador dos cuidados de saúde, bem como o principal organizador e empregador dos recursos humanos (Karpf, 1988). Em Portugal, e tendo em conta a divisão temática elaborada, os assuntos laborais e de recursos humanos que trabalham no sector são efectivamente o tema com maior

saliência na imprensa escrita no conjunto da informação publicada sobre saúde, sobretudo em torno das condições sociais de trabalho da profissão médica, surgindo a seguir a cobertura da política de saúde e da administração do sistema, referindo-se uma parte significativa desta temática específica também às políticas laborais, embora a maioria incida sobre o funcionamento do sistema de saúde e o acesso a cuidados de saúde, com destaque para as medidas de combate às listas de espera para cirurgias, entre inúmeros outros assuntos relacionados com a organização e funcionamento dos mais variados tipos de serviços de saúde, onde as demoras e os tempos de espera tendem sempre a ser o principal enfoque noticioso. De uma forma geral, a atenção mediática tem recaído em particular sobre determinados assuntos políticos e sobre sectores e serviços específicos de cuidados de saúde, sem um acompanhamento e uma visão global equilibrada ao longo do tempo nos vários momentos políticos da implementação das várias políticas, bem como um debate sobre as diversas reformas sectoriais dos diversos níveis de cuidados ou mais globais.

Numa segunda ordem de importância, surgem os assuntos relativos à construção e inauguração de infra-estruturas e a disponibilização de mais e melhores equipamentos tecnológicos, um tema sempre valorizado pelos *mass media* (Best, et al., 1977), bem como os assuntos relativos às condições de funcionamento, acesso e utilização dos serviços de saúde, cuja informação veiculada presta maior atenção ao que se passa nas urgências hospitalares e no problema das listas de espera para cirurgias, embora outros serviços assumam ainda alguma visibilidade, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, seguindo tendência internacional dos *mass media* prestarem cada vez mais atenção ao acesso à saúde, à disponibilização e à qualidade dos cuidados prestados (Entwistle & Sheldon, 1999).

Para além destes temas, os assuntos económicos e financeiros relativos ao sector da saúde assumem ainda alguma relevância nas páginas da imprensa, referindo-se a maioria à gestão hospitalar e à sua relação com o sector farmacêutico e fornecedores de serviços, sendo escassos os conteúdos sobre os custos e os mecanismos de financiamento do sistema de saúde em termos globais, bem como as opções relativamente à forma como os recursos financeiros devem ser gastos, assuntos que parecem estar mais na ordem do dia em países com sistemas de saúde semelhantes ao português (Best, et al., 1977; Hodgetts & Chamberlain, 2004; Rosemary, et al., 2004). É de destacar ainda a pouquíssima relevância, na comunicação social, dos assuntos relativos à promoção da saúde e prevenção da doença em Portugal e ausência quase

total de trabalhos jornalísticos em torno de experiências individuais de utentes, que noutros países tendem a assumir cada vez mais relevância no panorama da informação sobre saúde (Hodgetts & Chamberlain, 2004).

De uma forma geral, e tendo em conta os temas com maior relevância na imprensa escrita e as características a eles associados, pode concluir-se também que a informação sobre o sistema de saúde tende, de certa forma, a subalternizar os aspectos informativos que dizem mais directamente respeito ao cidadão em geral enquanto utentes e utilizadores dos serviços de saúde através da secundarização de assuntos sobre o acesso aos serviços de saúde e o funcionamento do sistema, ou a quase total ausência de assuntos relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença e de trabalhos jornalísticos em torno de “estórias” individuais sobre a saúde e a doença. Com efeito, os conteúdos mediáticos tendem em grande medida a actuar como caixa de ressonância das autoridades políticas e dos grupos de interesse, sobretudo dos grupos profissionais e em particular da classe médica, acabando boa parte da informação por se constituir como um diálogo entre essas forças sociais através de uma politização considerável do sector. Esta tendência é mais notória na imprensa de referência, devendo ser relativizada relativamente ao que acontece nos órgãos de informação de cariz mais popular, a partir do exemplo aqui analisado e, por aquilo que se conhece, na televisão (Turow & Coe, 1993).

Os enquadramentos e os acontecimentos com maior relevância descritos no tratamento dos diversos temas indiciam desde logo, de certa forma, os actores com maior protagonismo na comunicação social. Com efeito, a cobertura do sistema de saúde em Portugal nomeiam sobretudo o governo, os utentes, os hospitais públicos e os médicos, embora a referência aos utentes seja qualitativamente diferente dos restantes três tipos de actores, assumindo uma posição mais passiva. Numa posição intermédia, com cerca de metade da visibilidade dos actores anteriores, surgem os organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde, o que coloca o governo, nos seus vários níveis de tutela e organização, como o principal actor associado aos diversos temas de saúde na imprensa. As instituições de carácter profissional em conjunto assumem ainda alguma expressão, como é o caso das ordens profissionais, das associações sócio-profissionais e dos sindicatos, quase sempre associados à profissão médica, que ajudam a confirmar a hegemonia médica nas representações que os *mass media* sobre os mais variados assuntos relacionados com o sistema de saúde (Signorelli, 1990; Turow, 1989; Turow & Coe, 1993). Com efeito, os restantes profissionais de

saúde assumem um protagonismo muito baixo, como é o caso dos enfermeiros, por exemplo, ou dos farmacêuticos.

A restante ampla variedade de actores relacionados com o sector da saúde têm assim visibilidades diminutas ou mesmo praticamente inexistentes, tendo em conta sobretudo aqueles que são de enorme relevância na prestação de cuidados de saúde às populações. Com efeito, escreve-se muito pouco sobre os cuidados de saúde primários nas páginas dos jornais, existindo poucos conteúdos informativos onde sejam nomeados Centros de Saúde específicos ou referindo-se a eles em termos gerais. O mesmo acontece com as farmácias ou com as unidades de saúde do sector privado que são praticamente inexistentes. Essa elevada notoriedade dos hospitais públicos, em detrimento dos Centros de Saúde e dos cuidados de saúde primários em geral é aliás já conhecida. A resolução dos problemas de saúde numa base institucionalizada em unidades de saúde com uma elevada valorização do paradigma biomédico (Best, et al., 1977), tem desde sempre recebido muito mais atenção da parte dos *mass media* do que os cuidados de saúde primários com menores recursos tecnológicos, mais orientados para a comunidade e com uma maior dimensão preventiva (Karpf, 1988). É de referir ainda a baixíssima visibilidade que o sector privado de prestação de cuidados de saúde e a generalidade dos interesses económico-financeiros têm na comunicação social, com alguma excepção para a indústria farmacêutica, tendo em conta a relevância relativa que alguns desses cuidados e interesses assumem tanto para os utentes como para o funcionamento do sistema.

Esta tendência fica ainda mais reforçada quando se verifica que os actores que assumem maior protagonismo na globalidade da informação sobre saúde em Portugal são depois aqueles, e de forma mais vincada, que servem de interlocutores enquanto fontes de informação e com base nas quais os jornalistas se baseiam para construir os enquadramentos informativos e as visões veiculadas sobre os diversos assuntos (com excepção dos utentes que são muito menos utilizados como fontes pelo carácter qualitativamente diferente já referido); ou ainda quando são esses actores a serem trazidos para os títulos das peças jornalísticas, com especial ênfase para os hospitais públicos e os médicos, subalternizando nessa ordem de importância o poder político e os utentes, evidenciando assim, de forma clara, o maior valor que estes dois tipos de actores têm enquanto função enfaticamente expressiva e apelativa, para além da informativa, que os *mass media* lhes atribuem.

Muitos destes conteúdos mediáticos associados aos diferentes temas e actores na área da saúde contêm elementos informativos que traduzem, como vimos, relações entre protagonistas, na medida em que, em termos gerais, os *mass media* são um espaço de eleição para os diferentes grupos de pressão exporem as suas reivindicações e chamarem a si a atenção pública para os seus problemas e apresentarem soluções que gostariam de ver aplicadas. Com efeito, observou-se desde logo um elevado grau de conflitualidade, em resultado das percepções insatisfatórias entre actores, configurando-se essa conflitualidade como um dos “valores-notícia” mais utilizado como critério editorial e de noticiabilidade inscritos nos conteúdos dos artigos jornalísticos sobre o sistema de saúde. São substancialmente menos aqueles que expressam avaliações positivas de actores sobre a actuação de outras entidades.

Em conformidade com a relevância atribuída aos diferentes actores pela comunicação social, aqueles que mais poder têm de se fazer ouvir na imprensa, enquanto produtores de opinião e da transmissão da avaliação que fazem sobre a actuação de outros actores, pertencem sobretudo à profissão médica, que goza de um estatuto social considerável, quer em discurso directo pelos próprios médicos, quer através dos seus representantes, como os sindicatos e a ordem profissional, ou ainda enquanto responsáveis por serviços nos hospitais públicos, sendo essas avaliações endereçadas ao Estado em resultado da sua actuação política. Apesar de ser esta a tendência principal, a direcção das avaliações não é de sentido único, surgindo também o poder político a tecer considerações sobre a actuação desses actores. Os utentes assumem ainda algum protagonismo na manifestação de juízos de valor relativamente à actuação médica e dos hospitais públicos, não sendo necessariamente negativos.

Com efeito, apesar de a grande maioria das avaliações expressas no âmbito de qualquer tema ser de cariz negativo, o acesso ao sistema de saúde e o seu funcionamento, que é o tema mais em foco são, ainda assim, os assuntos com mais avaliações positivas por parte dos actores, a par das avaliações que são feitas sobre as infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos. Estas avaliações positivas referem-se aos diferentes tipos de cuidados de saúde que são disponibilizados aos utentes e à qualidade dos mesmos, embora a maioria das avaliações, que são negativas, recaia no problema das listas de espera para cirurgia, marcações e demoras no atendimento, bem como o desempenho do sistema ou de serviços de saúde, a grande maioria no âmbito do sistema hospitalar. Inversamente, os assuntos laborais e de recursos humanos, que são o segundo tema mais escrutinado, sobretudo sobre as condições sociais de trabalho da



classe médica e, em muitíssimo menor grau, dos enfermeiros (praticamente só estas duas profissões têm visibilidade), bem como a negligência médica e dos serviços, são os que mais suscitam avaliações negativas. As linhas estratégicas de actuação para o sistema de saúde, as reformas sectoriais ou globais, bem como as questões relativas à gestão económica e financeira do sistema (custos e viabilidades dos modelos) são alvo de menor debate público.

A estas avaliações estão associadas muitas vezes interpelações concretas, quer sob forma de propostas ou em reacção a situações ocorridas, originando assim conteúdos informativos sobre a saúde mais problematizados. De uma forma geral, os autores das solicitações estão mais dispersos do que os destinatários, traduzindo a complexidade dos interesses e do número de actores envolvidos no sistema de saúde, com aspirações e necessidades endereçadas em grande medida a quem tem o poder de lhes dar resposta e que, de uma forma geral, está concentrado no governo.

Como seria de esperar, os actores com maior protagonismo que lhes permite dar as suas opiniões e fazer avaliações relativamente à actuação de outros actores são os mesmos que têm uma capacidade de agendamento mais eficaz, captando a atenção da imprensa e, por conseguinte, do público e do poder político, para os seus problemas e interesses, seja expondo directamente as suas reivindicações na própria comunicação social, que são as mais comuns, seja através de acções que venham a ter visibilidade nas páginas dos jornais. Como vimos, os assuntos laborais e de recursos humanos são os mais associados a este tipo de elemento informativo, muito em particular aqueles que se relacionam com as condições de trabalho, nomeadamente as que se prendem com a organização de carreiras e escalões, tabelas salariais e horários de trabalho, quase sempre relacionadas com a profissão médica. O acesso e funcionamento do sistema de saúde, relativamente à disponibilização e qualidade da prestação de serviços e cuidados de saúde aos utentes; os assuntos relacionados com a organização, gestão e regulação do sistema de saúde, de unidades ou de serviços de saúde, que se referem sobretudo a pedidos de reformas sectoriais ou globais de carácter mais genérico; os assuntos relacionados com as infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos; e os assuntos ligados à negligência médica e dos serviços são os temas a seguir que suscitam intervenções, cada um deles com cerca de metade da visibilidade do assunto principal (estes últimos muito há custa dos três casos específicos mais mediáticos relatados ao longo do trabalho), todos eles sobretudo no âmbito do sistema hospitalar, existindo

muito pouca visibilidade para as necessidades relacionadas com os cuidados de saúde primários.

O crescimento contínuo, observado ao longo do tempo, de conteúdos informativos com estas características interpelativas, a par do aumento de conteúdos avaliativos críticos, indicia uma maior utilização da imprensa como plataforma onde os actores expõe os seus argumentos e defendem os seus interesses publicamente, ampliando a discussão dos assuntos e dos problemas, bem como os respectivos processos e soluções, com a consequente maior politização do sector da saúde nas páginas da imprensa, configurando-se esta como mais uma via de pressão sobre quem tem a capacidade de decidir.

Em virtude das características informativas referidas, os discursos mediáticos sobre o sistema de saúde redundam inevitavelmente em conteúdos globalmente negativos. Desde logo, cerca de metade dos artigos espelha uma imagem negativa do funcionamento do sistema de saúde através dos seus títulos, sendo os restantes ambíguos ou positivos. Se se analisar a tendência global do discurso contido na totalidade de cada artigo para além do título, verifica-se que a perspectiva negativa sobre o funcionamento do sistema de saúde em termos gerais tende a ser ainda significativamente maior, agudizando-se acentuadamente no último triénio analisado. E ainda mais negativa é quando nos cingimos à informação expressa nas primeiras páginas da imprensa escrita.

A complexificação dos assuntos com conteúdos mais extensos e explicativos, característicos do jornalismo de referência, mais lido pelas elites políticas e sócio-profissionais a quem se dirige a maioria das avaliações e interpelações, tende a produzir conteúdos globalmente mais críticos e a produzir imagens mais negativas do funcionamento do sistema de saúde, enquanto o jornalismo mais popular, manifestamente menos politizado, tendo em conta o público alvo a que se destina, tende a fornecer conteúdos menos problemáticos, com perspectivas mais positivas relativas à disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, bem como às soluções para os problemas. Com efeito, apesar de a maioria da informação apresentar uma tendência valorativa negativa, as notícias sobre infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos, bem como o funcionamento e o acesso ao sistema de saúde e os assuntos sobre a promoção da saúde e a prevenção da doença, são os temas que mais contribuem para uma imagem positiva do sector da saúde. Os artigos sobre políticas de saúde e a administração do sistema estão igualmente mais associados a enquadramentos positivos,

com conteúdos que se referem ao anúncio ou implementação de medidas com vista à resolução dos problemas. Em sentido contrário, os assuntos laborais e de recursos humanos são os mais associados a uma perspectiva problemática e conflituosa do sistema de saúde, bem como, como seria de esperar, os diversos acontecimentos relacionados com a negligência médica ou dos serviços.

Assim, em termos gerais, um acontecimento terá maior probabilidade de vir ser noticiado quanto mais satisfazer os “valores-notícia” dominantes, tais como a negatividade, a controvérsia, o conflito, a novidade e a dramatização. Tanto os assuntos seleccionados e os enquadramentos privilegiados como as relações entre os actores envolvidos no debate público, associados à grande visibilidade conferida pelos *mass media* ao sector da saúde, forneceram indiscutivelmente, durante o período em análise (de 1990 a 2004), uma imagem acentuadamente negativa do sector da saúde em Portugal e, em especial, do serviço público. Imagem essa que, segundo os estudos disponíveis (Cabral & Silva, 2009; Cabral, et al., 2002), não é confirmada pela maioria dos utentes efectivos do SNS, que o avaliam de forma tendencialmente positiva nos seus diversos níveis, mas que não deixa de poder afectar a opinião pública em geral e a confiança que depositam nos serviços, em particular junto daqueles que não têm experiência do sistema, podendo portanto constituir-se num ingrediente suplementar dos discursos políticos e ideológicos que apelam genericamente à reforma do SNS e à eventual maior abertura ao sector privado.



## Bibliografia citada

- Adorno, T., & Horkheimer, M. (1997). *Dialectic of Enlightenment* London: Verso.
- Alexander, J. (1988). *Action and its Environments : Toward a New Synthesis*. New York: Columbia University Press.
- Alexander, J., & Colomy, P. (1995). *Differentiation Theory and Social Change*. Columbia: Columbia University Press.
- Althaus, S., & Tewksbury, D. (2002). Agenda setting and the “new” news: Patterns of issue importance among readers of the paper and online versions of the New York Times *Communication Research*, 29(2), 180-207.
- Anderson, A. (1997). *Media, Culture and Environment*. London: UCL Press.
- Andsager, J., & Smiley, L. (1998). Evaluating the public information: Shaping news coverage of the silicone implant controversy. *Public Relations Review*, 24 (2), 183-201.
- Armstrong, D. (1993). Public health spaces and the fabrication of identity. *Sociology*, 27(3), 393-420.
- Ashmore, M., Mulkay, M., & Pinch, T. (1989). *Health and Efficiency. A Sociology of Health Economics*. Milton Keynes: Open University Press.
- Atkin, C., & Arkin, E. B. (1990). Issues and initiatives in communicating health information to the public. In C. Atkin & L. Wallack (Eds.), *Mass Communication and Public Health - Complexities and Conflicts* (pp. 13-40). London: Sage.
- Atkin, C., & Wallack, L. (1990). *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury Park, CA: Sage.
- Babrow, A., & Kline, K. N. (2000). From “reducing” to “coping with” uncertainty: Reconceptualizing the central challenge in breast self-exams. *Social Science and Medicine*, 51, 1805-1816.
- Backer, T. E., Rogers, E. M., & Sopory, P. (1992). *Designing Health Communication Campaigns: What Works?* Newbury Park, CA: Sage.
- Ball-Rokeach, S. (1985). The origins of individual media-system dependency: A sociological framework. *Communication Research*, 12, 485-510.
- Ball-Rokeach, S., & DeFleur, M. (1976). A dependency model of mass-media effects. *Communication Research*, 1, 3-21.
- Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Barros, P., & Simões, J. A. (2007). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5), 1-140.
- Bartels, L. (1993). Messages received: The political impact of media exposure. *American Political Science Review*, 87(2), 267-285.
- Bastos, C. (2002). *Ciência, Poder, Acção: As Respostas à SIDA*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.
- Bauman, Z. (1987). *Legislators and Interpreters: On Modernity, Postmodernity and Intellectuals*. Cambridge: Polity Press.
- Becker, M. H. (1986). The tyranny of health promotion. *Public Health Reviews*, 14(15-25).
- Behr, R., & Iyengar, S. (1985). Television news, real-world cues, and changes in the public agenda. *The Public Opinion Quarterly*, 49(1), 38-57.
- Bennett, L. (1988). *News: Politics of Illusion*. New York: Longman.
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. New York: Free Press.
- Berry, J. M. (1997). *The Interest Group Society*. New York: Longman.
- Best, G., Dennis, J., & Draper, P. (1977). *Health, the Mass Media and the National Health Service*. London: Unit for the Study of Health Policy.
- Bilchik, G. S. (1996). Under Scrutiny. *Hospitals and Health Networks*, 70(9), 24-31.
- Bourdieu, P. (1994). *Sobre a Televisão*. Oeiras: Celta.
- Bradby, H., Gabe, J., & Bury, M. (1995). "Sey docs" and "busty blondes": Press coverage of professional misconduct cases brought before the General Medicam Council. *Sociology of Health and Illness*, 17(458-476).
- Brosius, H.-B., & Kepplinger, H. M. (1990). The agenda setting function of television news: Static and dynamic views. *Communication Research*, 17, 183-211.
- Brown, J. D., & Einsiedel, E. F. (1990). Public health campaigns: Mass media strategies. In E. B. Ray & D. Lewis (Eds.), *Communication and Health: Systems and Applications* (pp. 153-170). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brown, J. D., & Walsh-Childers, K. (1994). Effects of media on personal and public health. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research* (pp. 389-415). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bunton, R. (1992). Health promotion as social policy. In R. Bunton & G. MacDonald (Eds.), *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. London: Routledge.

- Bunton, R., & Burrows, R. (1999). Consumption and health in the 'epidemiological' clinic of late modern medicine. In R. Bunton, S. Nettleton & R. Burrows (Eds.), *The Sociology of Health Promotion - Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk*. London: Routledge.
- Burrows, R., Nettleton, S., & Bunton, R. (1999). Sociology and health promotion: Health, risk and consumption under late modernism. In R. Bunton, S. Nettleton & R. Burrows (Eds.), *The Sociology of Health Promotion - Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk*. London: Routledge.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: Fact or fiction *Sociology of Health and Illness*, 23(3), 263-285.
- Bury, M., & Gabe, J. (1994). Television and medicine - Medical dominance or trial by media. In J. Gabe, D. Kelleher & G. Williams (Eds.), *Challenging Medicine* (pp. 65-83). London: Routledge.
- Butler, P. (1998). Message in throttle. *Health Service Journal*, 20, 9-10.
- Cabral, M. V. (1997). *Cidadania Política e Equidade Social em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciência Sociais.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante a Prescrição Médica*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais (no prelo).
- Cabral, M. V., Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal - Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa Perante o Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, A. C. (2001). *Novas Oportunidades Organizativas no Sector da Saúde - Consequências e Bloqueios*: Mimeo.
- Campos, A. C. (2002). Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*, XXXVI(161), 1079-1104.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: O Fio Condutor* Lisboa: Livraria Almedina.
- Cappella, J. N., & Jamieson, K. H. (1997). *The Spiral of Cynicism: The Press and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento.

- Carapinheiro, G. (2004). O sector da saúde: Formas de hierarquização interna. In J. Freire (Ed.), *Associações Profissionais em Portugal* (pp. 57-82). Oeiras: Celta Editora.
- Carapinheiro, G. (2006). A saúde enquanto matéria política. In G. Carapinheiro (Ed.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página Editores.
- Carapinheiro, G., & Page, P. (2001). As determinantes globais do sistema de saúde português. In P. Hespanha & G. Carapinheiro (Eds.), *Risco Social e Incerteza - Pode o Estado Social Recuar Mais?* Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G., & Rodrigues, M. L. (1998). Profissões: protagonismos e estratégias. In J. M. L. Viegas & A. F. Costa (Eds.), *Portugal, que modernidade?* (pp. 147-164). Oeiras: Celta.
- Carlson, E. S., Li, S., & Holm, K. (1997). An analysis of menopause in the popular press. *Health Care for Women International*, 18 (6), 557-564.
- Carneiro, A. V. (1998). A medicina baseada na evidência. *Medicina Interna*, 5, 133.
- Carr-Hill, R. (1987). The inequalities in health debate: a critical review of the issues. *Journal of Social Policy*, 14 (4), 509-542.
- Carvalho, M. (2007). *A Construção da Imagem dos Imigrantes e das Minorias Étnicas pela Imprensa Portuguesa. Uma Análise Comparativa de Dois Jornais Diários*. Unpublished Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- Case, T. (1994a). Health news with tabloid appeal. *Editor and Publisher*, 127(40 ), 15-37.
- Case, T. (1994b). No dearth of health care coverage. *Editor and publisher*, 127(40), 14-15.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In G. Burchell, C. Gordon & P. Mille (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Castels, R. (1991). From dangerousness to risk. In G. Burchell, C. Gordon & P. Mille (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Cheek, J. (1997). (Con)textualizing toxic shock syndrome: Selected media representations of the emergence of a health phenomenon 1979-1995. *Health Policy*, 1 (2), 183-203.



- Chrisler, J. C., & Levy, K. B. (1990). The media construct a menstrual monster: A content analysis of PMS articles in the popular press. *Women & Health*, 16 (2), 89-104.
- Clarke, J. (1991). Media portrayal of disease from the medical, political economy, and life-style perspectives. *Qualitative Health Research*, 1 (3), 287-308.
- Clarke, J. (1992). Cancer, heart disease, and AIDS: What do the media tell us about these diseases? *Health Communication*, 4 (2), 105-120.
- Cohen, B. (1963). *The Press and Foreign Policy*. Princeton: Princeton University Press.
- Conrad, C., & McIntush, H. G. (2003). Organizational rhetoric and healthcare policymaking. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of Health Communication* (pp. 403-422). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Croteau, D., & Hoynes, W. (1997). *Media/Society: Industries, Images, and Audiences*. Pine Forge.
- Delanty, G. (2000). *Modernity and Post-Modernity*. London: Sage.
- Deutsch, K. (1963). *The Nerves of Government : Models of Political Communication and Control* London: The Free Press of Glencoe.
- Donohew, L. (1990). Public health campaigns: Individual message strategies and a model. In E. B. Ray & L. Donohew (Eds.), *Communication and health: Systems and applications* (pp. 136-152). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Doyal, L. (1979). *The Political Economy of Health*. Londres: Pluto Press.
- DuPre, A. (2000). *Communicating About Health: Current Issues and Perspectives*. London: Mayfield.
- Easton, D. (1965). *A Framework for Political Analysis*. London: Prentice-Hall.
- Eldridge, J. (1993). *Getting the Message: News, Truth and Power*. London: Routledge.
- Entman. (1991). Framing US coverage of international news: Contrasts in narratives of the KAL and Iran air incidents. *Journal of Communication*, 41(4), 6-27.
- Entman. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43 (4), 51-58.
- Entman, R. M. (1989). *Democracy Without Citizens - Media and the Decay of American Politics*. Oxford: Oxford University Press.
- Entwistle, V., & Sheldon, T. (1999). The picture of health? Media coverage of the health service. In B. Franklin (Ed.), *Social Policy, The Media and Misrepresentation*.

- Entwistle, V., Sheldon, T., Sowden, A., & Watt, I. (1998). Evidence informed patient choice. Practical issues of involving patients in decisions about health care technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14(212-225).
- Entwistle, V., Watt, I., Bradbury, R., & Pehl, L. (1996). Media coverage of the Child B case. *British Medical Journal*, 312, 1587.
- Ericson, R., Baranek, P., & Chan, J. (1989). *Negotiating Control: a Study of News Sources*. Toronto: University of Toronto Press.
- Escoval, A. (1997). *Sistemas de Financiamento da Saúde - Análise e Tendências*. Unpublished Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- Fairclough, N. (1995). *Media Discourse*. London: Edward Arnold.
- Fairclough, N., & Wodak, R. (1997). Critical discourse analysis: an overview. In T. A. VanDijk (Ed.), *Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction* (Vol. 2, pp. 147-168). London: Sage.
- Falk, P. (1994). *The Consuming Body*. London: Sage.
- Featherstone, M. (1991). *Consumer Culture and Postmodernism*. London: Sage.
- Fenton, N., Bryman, A., & Deacon, D. (1998). *Mediating Social Science*. London: Sage.
- Ferlie, E., Lynn, L., & Pollitt, C. (2007). *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford University Press.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Figueiras, R. (2000). *Os Opinion Makers na Imprensa de Referência Portuguesa: 1980-1999*. Unpublished Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- Figueras, J., Saltman, R., & Sakellarides, C. (2000). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Flay, B., & Burton, D. (1990). Effective mass communication strategies for health campaigns. In C. Atkin & L. Wallack (Eds.), *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts* (pp. 129-146). NewburyPark, CA Sage.
- Flay, B., & Cook, T. D. (1989). Three models of summative evaluation of prevention campaigns with a mass media component. In R. E. Rice & C. K. Atkin (Eds.), *Public Communication Campaigns* (pp. 175-195). NewburyPark, CA: Sage.
- Fontcuberta, M. (1999). *A Notícia*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Foucault, M. (2007). *Naissance de la Clinique - Une Archéologie du Regard Médical* (7 ed.). Paris P.U.F.

- Franklin, B. (1999). Soft-soaping the public? The government and the media promotion of social policy. In B. Franklin (Ed.), *Social Policy, The Media and Misrepresentation* (pp. 17-38).
- Freemantle, N., & Harrison, S. (1993). Interlukin-2: the public and professional face of rationing in the NHS. *Critical Social Policy*, 37, 94-117.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of Medicine*. New York: Dodd & Mead.
- Freidson, E. (1970b). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Aldine Transaction
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1993). How dominant are the professions? In F. W. Hafferty & J. B. McKinlay (Eds.), *The Changing Medical Profession: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Gabe, J., & Bury, M. (1996). Halcion nights: A sociological account of a medical controversy. *Sociology*, 30 (3), 447-469.
- Gannon, L., & Stevens, J. (1998). Portraits of menopause in the mass media. *Women & Health* 27(3), 1-15.
- Gans, H. (1979). *Deciding What's News: A Study of CBS Evening News, NBC Nightly News and Time*. New York: Random House.
- Garcia, J. L. (1995). *As Mulheres Telefonam às Cegonhas - Família, Procriação e Bioética no Espaço Público*. Unpublished Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- Gaskell, G., & Bauer, M. (2001). *Biotechnology 1996-1999: The Years of Controversy*. London: Science Museum.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorielli, N. (1981). Health and medicine on television. *New England Journal of Medicine*, 305(15), 901-904.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity Self and Society in the Modern Late Society*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1995). *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56, 1453-1468.
- Gray, B. (1997). Trust and trustworthy care in the managed care era. *Health Affairs*, 16, 34-49.
- Grossberg, L., Wartella, E., & Whitney, D. C. (1998). *MediaMaking: Mass Media in a Popular Culture*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Guibentif, P. (2002). *Comunicação Social e Representações do Crime*. Lisboa Gabinete de Estudos Jurídico-Sociais do Centro de Estudos Judiciários
- Habermas, J. (1989). *Towards a Rational Society*. Cambridge: Polity press.
- Harpwood, V. (2008). *Medicine, Malpractice and Misapprehensions*. London: Routledge.
- Harrison, S., & Moran, M. (2000). Resources and rationing: managing supply and demand in health care. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. C. Scrimshaw (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.
- Hespanha, P., & Carapinheiro, G. (2001). Introdução. In P. Hespanha & G. Carapinheiro (Eds.), *Risco Social e Incerteza - Pode o Estado Social Recuar Mais?* Porto: Edições Afrontamento.
- Higgs, P., & Jones, I. R. (2001). Finite resources, infinite demands - Public participation in health care rationing. In G. Scambler (Ed.), *Habermas, Critical Theory and Health*. London: Routledge.
- Hill, D. (1985). Viewer characteristics and agenda setting by television news. *The Public Opinion Quarterly*, 49(5), 340-350.
- Hodgetts, D., & Chamberlain, K. (1999). Medicalization and the depiction of lay people in television health documentary. *Health*, 3(3), 317-333.
- Hodgetts, D., & Chamberlain, K. (2004). Narrativity and health reform. In C. Seale (Ed.), *Health and the Media* (pp. 40-56). Oxford: Blackwell.
- Hornik, R. C. (1996). *Public Health Communication: Making Sense of Contradictory Evidence*. Unpublished manuscript.
- Hornik, R. C. (1997). Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour. In M. E. Goldberg, M. Fishbein & S. E. Middlestadt (Eds.), *Social Marketing: Theoretical and Practical Perspectives* (pp. 45-58). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Horta, A. (2005). *Imprensa e Memória Social*. Unpublished Tese de Doutoramento, ISCTE, Lisboa.
- Howell, J., & Ingham, A. (2001). From social problem to personal issue: the language of lifestyle. *Cultural Studies*, 15(2), 326-351.
- Iyengar, S., & Kinder, D. (1987). *News that Matters. Television and Public Opinion*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Iyengar, S., Peters, M. D., & Kinder, D. R. (1982). Experimental demonstrations of the “not-so-minimal” consequences of television news programs. *American Political Science Review*, 76(4), 848-858.
- Iyengar, S., & Simon, A. (2000). New perspectives and evidence on political communication and campaign effects. *Annual Review of Psychology*, 51, 149-169.
- Jasperson, A., Shah, D., Watts, M., Faber, R., & Fan, D. (1998). Framing and the public agenda: Media effects on the importance of the federal budget deficit. *Political Communication*, 15, 205-224.
- Jensen, K., & Jankowski, N. (1991). *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communication Research*. London: Routledge.
- Jesuino, J. C., Nunes, J. A., Diego, C., Silva, P. A., Matias, M., & Costa, S. (2001). Representation of biotechnology in Portugal. In G. Gaskell & M. Bauer (Eds.), *Biotechnology 1996-1999: The Years of Controversy*. London: Science Museum.
- Johnson, T. (1998). Medicine and the media. *New England Journal of Medicine*, 339, 87-92.
- Kalbfleish, P. J., Bonnell, K. H., & Harris, T. M. (1996). Media portrayals of women's menstrual health issues. In R. L. Parrott & C. M. Condit (Eds.), *Evaluating Women's Health Messages: A Resource Book*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Karpf, A. (1988). *Doctoring the Media: The Reporting of Health and Medicine*. London: Routledge.
- Katz, E., & Lazarsfeld, P. (1955). *Personal Influence: The Part Played by People in the Flow of Mass Communication*. New York: Free Press.
- Kaufert, P. A., & Lock, M. (1997). Medicalization of women's third age. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18 (2), 81-86.
- Kellner, D. (1992). Popular culture and construction of postmodern identity. In S. Lash & J. Fridman (Eds.), *Modernity and Identity*. Oxford: Blackwell.
- KFF. (2001). *A Study of Media Coverage of Health Policy: 1997-2000*. Washington: The Kaiser Family Foundation.
- Kilgore, M. (1996). Magic, moralism, and marginalization: Media coverage of cervical, ovarian, and uterine cancer. In R. L. Parrott & C. M. Condit (Eds.), *Evaluating Women's Health Messages: A Resource Book*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Kinder, D. (2003). Communication and politics in the age of information. In D. O. Sears, L. Huddy & R. Jervis (Eds.), *Handbook of Political Psychology* (pp. 357-393). Oxford: Oxford University Press.
- Kingdon, J. (1996). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York: Longman.
- Kiousis, S., & McCombs, M. (2004). Agenda-setting effects and attitude strength - Political figures during the 1996 presidential election. *Communication Research*, 31(1), 36-57.
- Klapper, J. (1960). *The Effects of Mass Communication*. New York: Free Press.
- Kline, K. (1999). Reading and re-forming breast self-examination discourse: Claiming missed opportunities for empowerment. *Journal of Health Communication*, 4, 119-141.
- Kline, K. (2003). Popular media and health: Images, effects, and institutions. In T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of Health Communication* (pp. 557-581). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kline, K., & Mattson, M. (2000). Breast self-examination pamphlets: A content analysis grounded in fear appeal research. *Health Communication*, 12 (1), 1-21.
- Kosicki, G. (1993). Problems and opportunities in agenda-setting research. *Journal of Communication*, 43(2), 100-127.
- Kress, G. (1990). Critical discourse analysis. *Annual Review of Applied Linguistics*(11), 84-99.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An Introduction to its Methodology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Ladevéze, L. N. (1991). *Manual para Periodismo - Veinte Lecciones sobre el Contexto, el Language y el Texto de la Información*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Lapinski, M. K., & Witte, K. (1998). Health communication campaigns. In L. D. Jackson & B. K. Duffy (Eds.), *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (pp. 139-161). Westport, CT: Greenwood Press.
- Lazarsfeld, P., Berelson, B., & Gaudet, H. (1944). *The People's Choice: How the Voter Makes Up His Mind in a Presidential Campaign*. New York: Duell, Sloan and Pearce.
- Lecourt, D. (1997). *L'Avenir du Progrès*. Paris: Éditions du Textuel.
- Lefebvre, C. (1992). Social marketing health promotion. In R. Bunton & G. MacDonald (Eds.), *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. London: Routledge.
- Lilleker, D. (2006). *Key concepts in political communication*. London: Sage.

- Ling, J. C., Franklin, B. A. K., Lindsteadt, J. F., & Gearon, S. A. N. (1992). Social marketing: Its place in public health. *Annual Review of Public Health*, 13, 341-362.
- Lippman, W. (1922). *Public Opinion*. New York: Harcourt, Brace.
- Lipset, S., Lazarsfeld, P., Barton, A., & Linz, J. (1954). The psychology of voting: An analysis of political behavior. In G. Lindzey (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 1124-1175). Reading: Addison Wesley.
- Littlejohn, S. (1982). *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Lloyd, P. (1998). Off message. *Health Service Journal*, 7, 26-29.
- Locker, D. (1997). Social causes of disease. In G. Scrambler (Ed.), *Sociology as Applied to Medicine* (pp. 18-38). Londres: W.B.Saunders.
- Lopez-Escobar, E., Llamas, J., McCombs, M., & Lennon, F. (1998). Two levels of agenda setting among advertising and news in the 1995 Spanish elections. *Political Communication Research*, 15, 225-238.
- Luhmann, N. (1989a). Complexitat social - Opinión pública. *Periodística*, 1.
- Luhmann, N. (1989b). *Ecological Communication*. Chicago University of Chicago Press.
- Luhmann, N. (1996). *Confianza*. Cidade do México: Anthropos.
- Lupton, D. (1994a). *Medicine as Culture: Illness, Disease, and the Body in Western Societies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lupton, D. (1994b). *Moral Threats and Dangerous Desires: AIDS in The News Media*. London: Taylor & Francis.
- Lupton, D., & Tulloch, J. (1996). Bringing home the reality of it”: Senior school students' responses to mass media portrayals of HIV/AIDS. *Australian Journal of Communication*, 23 (1), 31-45.
- Mancini, P., & Swanson, D. (1996). Introduction. In D. Swanson & P. Mancini (Eds.), *Politics, Media and Modern Democracy* (pp. 1-28). London: Praeger.
- Markens, S. (1996). The problematic of “experience”: A political and cultural critique of PMS. *Gender & Society*, 10 (1), 42-58.
- Marletti, C. (1985). *Prima e Dopo. Tematizzazione e Comunicazione Política*. Turim: Eri.
- Marmot, M. (2007). Introduction. In M. Marmot & R. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health* (2nd ed., pp. 1-5). Oxford: Oxford University Press.

- Mattelart, A. (1997). *História das Teorias da Comunicação*. Lisboa: Campo das Letras.
- Mayew, L. (1997). *The New Public. Professional Communication and the Means of Social Influence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maynard, A., & Sheldon, T. (1997). Time to turn the tide. *Health Service Journal*, 25, 24-26.
- McCombs, M. (1996). Influencia de las noticias sobre nuestras imágenes del mundo. In J. Bryant & D. Zillmann (Eds.), *Los Efectos de los Medios de Comunicación. Investigaciones y Teorias*. Barcelona: Paidós.
- McCombs, M. (2000). The agenda-setting role of the mass media in the shaping of public opinion.
- McCombs, M., & Shaw, D. (1972). The agenda-setting function of mass media. *The Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176-187.
- McCombs, M., & Shaw, D. (1993). The evolution of agenda-setting research: Twenty-five years in the marketplace of ideas. *Journal of Communication*, 43(2).
- McCombs, M., & Shaw, D. (2000). A função do agendamento dos media. In N. Traquina (Ed.), *O Poder do Jornalismo. Análise e Textos da Teoria do Agendamento* (pp. 47-61). Coimbra: Minerva Editora.
- McCombs, M., & Weaver, D. (1995). Issues in the news and the public agenda: The agenda setting tradition. In T. L. Glaser & C. T. Salmon (Eds.), *Public Opinion and the Communication of Consent* (pp. 281-300). New York: Guilford Press.
- McKinlay, J. B. (1981). From "promising report" to "standard procedure": Seven stages in the career of a medical innovation. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 59, 374-411.
- McQuail, D. (1992). *Media Performance. Mass Communication and the Public Interest*. London: Sage.
- McQuail, D., & Windahl, S. (1993). *Communication Models: For the Study of Mass Communications*. Longman
- Mechanic, D. (1975). The comparative study of health care delivery systems. *Annual Review of Sociology*, 1, 43-75.
- Mechanic, D. (2005). The media, public perceptions and health policy. *Houston Journal of Health Law & Policy*, 5, 187-211.
- Mechanic, D., & Rochefort, D. (1996). Comparative medical systems. *Annual Review of Sociology*, 22, 239-270.



- Mendes, H. (2001). Visibilidade da ciência nos mass media. A tematização da ciência no Público, Correio da Manhã e Expresso (1990 e 1997). In M. E. Gonçalves (Ed.), *Os Portugueses e a Ciência: Entre a Reverência e a Dúvida*. Lisboa: D. Quixote.
- Mesquita, M., & Rebelo, J. (1994). *O 25 de Abril nos Media Internacionais*. Porto: Afrontamento.
- Miguel, J. P., & Bugalho, M. (2002). Economia da Saúde: Novos modelos. *Análise Social*, 166, 51-75.
- Miller, K., & Ryan, D. (2001). Communication in the age of managed care: Introduction to the special issue. *Journal of Applied Communication Research*, 29(2), 91-96.
- Miller, M., & Krosnick, J. (2000). News media impact on the ingredients of presidential evaluations: Politically knowledgeable citizens are guided by a trusted source. *American Journal of Political Science*, 44(2), 301-315.
- Misztal, B. (1996). *Trust in Modern Societies. The Search for the Bases of Social Order*. Cambridge: Polity Press.
- Morton, T., & Duck, J. (2001). Communication and health beliefs: Mass and interpersonal influences on perceptions of risk to self and others. *Communication Research*, 602-626.
- Mossialos, E., & LeGrand, J. (1999). Cost containment in the EU: An overview. In E. Mossialos & J. LeGrand (Eds.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Moynihan, R., & Smith, R. (2002). Too much medicine? Almost certainly. *British Medical Journal*, 324, 859-860.
- MS. (1997). *Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar do Século - 45 Orientações para 1997*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MS. (1999). *Saúde um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MS. (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal. Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MS. (2003). *Grandes Opções do Plano 2003*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Muller, P., & Jobert, B. (1987). *L'Etat en Action : Politiques Publiques et Corporatismes* Paris: PUF.

- Myntz, R. (1975). Legitimacy and the directive capacity of the political system. In L. N. Lindberg (Ed.), *Stress and Contradiction in Modern Capitalism*. Lexington: Mass. D.C. Heath.
- Nelkin, D. (1987). *Selling Science. How Press Covers Science and Technology*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Nery, I. (2004). *Política e Jornais: Encontros Mediáticos*. Oeiras: Celta Editora.
- Neuendorf, K. A. (1990). Health images in the mass media. In E. B. Ray & L. Donohew (Eds.), *Communication and Health: Systems and Applications* (pp. 111-135). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- New, B. (1996). The rationing agenda in NHS. *British Medical Journal*, 312, 1593-1601.
- Nimo, D., & Combs, J. E. (1993). *Mediated Political Realities*. New York: Longman.
- Nunes, J. A., Matias, M., & Filipe, Â. M. (2007). As organizações de pacientes como atores emergentes no espaço da saúde: O caso de Portugal. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 1(1).
- Nunes, J. A., Matias, M., & Filipe, Â. M. (2008a). *The Dynamics of Patient Organizations in European Area: Portuguese Report. Projecto MEDUSE*. Coimbra: CES.
- Nunes, J. A., Matias, M., & Filipe, Â. M. (2008b). Novos actores colectivos e novos conhecimentos no campo da saúde *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*. Lisboa: APS.
- OECD. (1994). *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries, Health Policy Studies* (Vol. 5). Paris: OECD.
- OECD. (1995). Nouvelles orientations de la politique de santé *Études de Politique de Santé* (Vol. 7). Paris: OECD.
- Oliveira, J. (1991). Imprensa escrita: um 'meio de censura' à informação? In AAVV (Ed.), *A Comunicação no Quotidiano Português, Colectânea das 3 Jornadas de Comunicação do ISCTE*. Lisboa: Relógio d'Água
- Oliveira, J. (1995). Comunicação social, verso e reverso do país real e imaginário *Portugal Hoje* (pp. 369-389). Lisboa: Instituto Nacional de Administração.
- OMS. (1999). *Glossaire de Promotion de la Santé*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- OPSS. (2001). *Relatório da Primavera - Conhecer os Caminhos da Saúde*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

- OPSS. (2002). *Relatório da Primavera - O Estado da Saúde e a Saúde do Estado*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS. (2003). *Relatório da Primavera - Saúde. Que Rupturas?* Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS. (2004). *Relatório da Primavera - Incertezas. Gestão da Mudança na Saúde*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS. (2005). *Relatório da Primavera - Novo Serviço Público de Saúde. Novos Desafios*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Parenti, M. (1993). *Inventing Reality: The Politics of New Media*. New York St. Martin's Press.
- Parrott, R. (1996). Advocate or adversary?: The self-reflexive roles of media messages for health. *Critical Studies in Mass Communication*, 13(266-278).
- Patterson, T. E. (1993). *Out of Order*. New York: Knopf.
- Peixeiro, F. G., & Ferreira, J. G. (1988). *Os Informadores Passivos. Estudo Sobre a Dependência Informativa em Portugal*. Lisboa: IPSD-FSC.
- Penedo, C. C. (2003). *O Crime nos Media. O que nos Dizem as Notícias Quando nos Falam de Crime*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Pereira, J. (2007). *O Poder da imprensa - Agenda Setting no contexto das legislativas de 2005*. Unpublished Tese de Mestrado em Política Comparada, Universidade de Lisboa - Instituto de Ciências Sociais, Lisboa.
- Pinto, C. G., & Aragão, F. (2004). Rationing health care in Europe - Portugal. In J. Schulenburg & M. Blanke (Eds.), *Rationing of Medical Services in Europe: An Empirical Study*. Amsterdam: IOS.
- Ponte, C. (2004). *Notícias e Silêncios : A Cobertura da SIDA no Diário de Notícias e no Correio da Manhã*. Porto Porto Editora.
- Ponte, C. (2005). *Crianças em notícia : a construção da infância pelo discurso jornalístico (1970-2000)*. Lisboa Imprensa de Ciências Sociais.
- Poster, M. (2000). *A Segunda Era dos Mass Media*. Oeiras: Celta Editora.
- Power, M. (1997). *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Powers, A. (1999). Newspaper coverage of the breast implant controversy. *Women & Health Policy*, 30(2), 83-98.

- Price, V., & Zaller, J. (1993). Who gets the news? Alternative measures of news reception and their implications for research. *The Public Opinion Quarterly*, 57(2), 133-164.
- Radley, A., Lupton, D., & Ritter, C. (1997). Health: An invitation and introduction. *Health Policy*, 1(1), 5-21.
- Rebelo, J. (2002). *O Discurso do Jornal. O Como e o Porquê*. Lisboa Editorial Notícias.
- Roberts, M., & McCombs, M. (1994). Agenda setting and political advertising: origins of the news agenda. *Political Communication*, 11, 49-62.
- Roberts, M., Wanta, W., & Dzwo, D. (2002). Agenda-setting and issue salience online. *Communication Research*, 29(4), 452-465.
- Rodrigues, A. D. (1984). *O Campo dos Media: Discursividade, Narrativas, Máquinas*. Lisboa: A Regra do Jogo.
- Rodrigues, A. D. (1993). O acontecimento. In N. Traquina (Ed.), *Jornalismo: Questões, Teorias e "Estórias"* (pp. 27-33). Lisboa: Vega.
- Roessler, P. (1999). The individual agenda-designing process: How interpersonal communication, egocentric networks and mass media shape the perception of political issues by individuals. *Communication Research*, 26(6), 666-700.
- Rogers, E., & Dearing, J. (1988). Agenda-setting research: Where is it going? In J. Anderson (Ed.), *Communication Yearbook II*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- Rogers, E., Dearing, J., & Bregman, D. (1993). The anatomy of agenda-setting research. *Journal of Communication*, 43(2), 68-84.
- Rosemary, D., Hunt, K., & Kitzinger, J. (2004). Radical blueprint for social change? The media, New Labour and public health policies. In C. Seale (Ed.), *Health and the Media* (pp. 20-39). Oxford: Blackwell.
- Rositi, F. (1982). *I Modi dell' Argomentazione e L'Opinione Pubblica*. Turim: Eri.
- Rothblum, E. (1999). Contradictions and confounds in coverage of obesity: Psychology journals, textbooks, and the media. *Journal of Social Issues*, 55(2), 355-369.
- Rothstein, B. (1998). *Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State (Theories of Institutional Design)*. Cambridge.
- Rushefsky, M., & Pantel, P. (1998). *Politics, Power and Policy Making - The Case of Health Reform in the 1990s*. New York: M. E. Sharpe Armonk.
- Salgado, S. (2007a). *Os Veículos da Mensagem Política: Estudo de uma Campanha Eleitoral nos Media*. Lisboa Livros Horizonte.

- Salgado, S. (2007b). *Presidenciais 2006: Os Media e a Construção das Candidaturas*. Unpublished Tese de doutoramento em Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa
- Santos, R. (1997). *A Negociação entre Jornalistas e Fontes*. Coimbra: Minerva.
- Santos, R. (2001). Práticas produtivas e relacionamento entre jornalistas e fontes de informação. In N. Traquina, A. Cabrera, C. Ponte & R. Santos (Eds.), *O Jornalismo Português em Análise de Casos* (pp. 93-133). Lisboa: Caminho.
- Santos, R. (2002). *Jornalistas e Fontes de Informação - As Notícias de VIH-Sida como Estudo de Caso*. Unpublished Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Saperas, E. (1994). *Os Efeitos Cognitivos da Comunicação de Massas*. Porto: Edições ASA.
- Schlesinger, P. (1990). Rethinking the Sociology of journalism; Source Strategies and the Limits of Media Centrism. In M. Ferguson (Ed.), *Public communication: the new imperatives - Future directions of media research*. London: Sage.
- Schmidt, L. (2003). *Ambiente no Ecrã - Emissões e Demissões no Serviço Público Televisivo*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Schmidt, V. H. (2004). Models of health care rationing. *Current Sociology*, 52(6), 969–988.
- Schudson, M. (1989). The sociology of news production. *Media Culture and Society*, 11, 262-282.
- Schudson, M. (1991). The sociology of news production revisited. In J. Curran & M. Gurevitch (Eds.), *Mass Media and Society*. London: Edward Arnold.
- Seale, C. (2002). *Media and Health*. Londres: Routledge.
- Seale, C. (2004). Health and media: An overview. In C. Seale (Ed.), *Health and the Media*. London: Routledge.
- Sears, D. (1987). Political psychology. *Annual Review of Psychology*, 38, 229-255.
- Serrano, M. E. R. (2005). *Para um Estudo do Jornalismo em Portugal (1976 - 2001) - Padrões jornalísticos na cobertura de eleições presidenciais*. Unpublished Dissertação de doutoramento em Sociologia, ISCTE, Lisboa.
- Shaw, D., & Martin, S. (1992). The function of mass media agenda-setting. *Journalism Quarterly*, 69(4), 902-920.
- Sheldon, T., & Maynard, A. (1993). Is rationing inevitable? In R. Smith (Ed.), *Rationing in Action* (pp. 3-14). London: BMJ.

- Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Signorelli, N. (1990). Television and health. In C. Atkin & L. Wallack (Eds.), *Mass Communication and Public Health*. Newbury Park: Sage.
- Signorielli, N. (1993). *Mass Media Images and Impact on Health*. Greenwood: Westport, CT.
- Signorielli, N. (1998). Health images on television. In L. D. Jackson (Ed.), *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (pp. 163-179). Greenwood: Westport, CT.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Singleton, R. A., Straits, B. C., & Straits, M. M. (1993). *Approaches to Social Research*. New York: Oxford University Press.
- Smith, P. (1997). New government, same narrow visions. *British Medical Journal*, 316, 643.
- Smith, P., Sheldon, T., Carr-Hill, R., Martin, S., Peacock, S., & Hardman, G. (1994). Allocating resources to health authorities: Results and policy implications of small area analysis of use of inpatient services. *British Medical Journal*, 309, 1050-1054.
- Smith, R. (1992). The ethics of ignorance. *Journal of Medical Ethics*, 18, 117-134.
- Snyder, L., Hamilton, M., Mitchell, E., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F., & Proctor, D. (2004). A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States *Journal of Health Communication*, 9, 71-96.
- Soloski, J. (1989). News reporting and professionalism: Some constraints on the reporting of news. *Media, Culture and Society*, 11, 207-228.
- Sontag, S. (1996). *La Enfermedad y Sus Metáforas y el Sida y Sus Metáforas*. Madrid: Taurus.
- Sorlin, P. (1997). *Mass Media*. Oeiras: Celta Editora.
- Sparks, C. (2000). The panic over tabloid news. In C. Sparks & J. Tulloch (Eds.), *Tabloid Tales. Global debates over media standards* (pp. 1-40). Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Straten, G. F. M., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine*, 55(227-234).

- Szerszynski, B., & Toogood, M. (2000). Global citizenship, the environment and the mass media. In S. Allen, B. Adam & C. Carter (Eds.), *The Media Politics of Environmental Risks*. London: Routledge.
- Szerszynski, B., Urry, J., & Myers, G. (2000). Mediating global citizenship. In J. Smith (Ed.), *The Daily Globe - Environmental Change, the Public and the Media*. London: Earthscan.
- Takeshita, T. (2006). Current critical problems in agenda setting research. *International Journal of Public Opinion Research*, 18(3), 275-296.
- Tannahill, A. (1997). Health education and health promotion: Planning for the 1990's. In M. Sidell, L. Jones, J. katz & A. Peberdy (Eds.), *Debates and Dilemmas in Promotion Health: A Reader*. London: MacMillan Press.
- Taylor-Gooby, P. (1999). Markets and motives: Trust and egoism in welfare markets. *Journal of Social Policy*, 28(1), 97-114.
- Terre, L., Drabman, R. S., & Speer, P. (1991). Health-relevant behaviors in media. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (16), 1303-1319.
- Thompson, J. B. (1995). *The Media and Modernity. A Social Theory of the Media*. London: Polity Press.
- Tones, k. (1997). Health education as empowerment. In M. Sidell, L. Jones, J. katz & A. Peberdy (Eds.), *Debates and Dilemmas in Promotion Health: A Reader* (pp. 33-42). London: MacMillan Press.
- Traquina, N. (1995). O paradigma do agenda-setting: Redescoberta do poder do jornalismo. *Revista Comunicação e Linguagens*(21 e 22).
- Traquina, N. (2000a). O jornalismo português e a problemática VIH/SIDA - Um estudo exploratório. *Revista Comunicação e Linguagens*, 27, 261-285.
- Traquina, N. (2000b). *O Poder do Jornalismo. Análise e Textos da Teoria do Agendamento*. Coimbra: Minerva Editora.
- Turow, J. (1989). *Playing Doctor: Television Storytelling and Medical Power*. New York: Oxford University Press.
- Turow, J., & Coe, L. (1993). Curing television's ills: The portrayal of health care. In B. C. Thornton & G. L. Kreps (Eds.), *Perspectives on Health Communication* (pp. 130-145). Prospect Heights, IL: Waveland.
- Vala, J. (1984). *La Production Sociale de la Violence: Représentations et Comportements*. Unpublished Tese de Doutoramento, Université Catholique, Lovaina.

- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Valente, T. W., Paredes, P., & Poppe, P. R. (1998). Matching the message to the process: The relative ordering of knowledge, attitudes and practices in behavior change research. *Human Communication Research*, 24(3), 366-385.
- VanDijk, T. A. (1983). Discourse analysis: its development and application to the structure of news. *Journal of Communication*, 33(2).
- VanDijk, T. A. (1988). *News as Discourse*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- VanDijk, T. A. (1995). *Manufacturing Babies and Public Consent. Debating the New Reproductive Technologies*. London: Macmillan.
- VanDijk, T. A. (1998). *Ideology: A Multidisciplinary Approach*. London: Sage Publications.
- Veloso, A. J. B. (2005). Acerca da “medicina baseada na evidência”. <http://cfcul.fc.ul.pt/textos/textosdisponiveis.htm>,
- Walgrave, S., & VanAelst, P. (2006). The contingency of the mass media's political agenda setting power: Toward a preliminary theory. *Journal of Communication*, 56, 88-109.
- Walsh-Childers, K. (1994). Newspaper influence on health policy development. *Newspaper Research Journal*, 15(3), 89-104.
- Watt, J. H., Mazza, M., & Snyder, L. (1993). Agenda setting effects of television news coverage and the effects decay curve. *Communication Research*, 20(3), 408-435.
- Weber, M. (1959). *Le Savant et le Politique*. Paris Plon.
- Weiss, G. (1997). *Private Medicine and Public Health: Profit, Politics, and Prejudice in the American health care Enterprise*. Oxford: Westview Press.
- Weiss, G., & Wodak, R. (2003). *Critical Discourse Analysis. Theory and Interdisciplinarity*. New York: Palgrave MacMillan.
- Wernick, A. (1991). *Promotional Culture: Advertising, Ideology and Symbolic Expression*. London: Sage.
- WHO. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- Wilkin, H., & Ball-Rokeach, S. (2006). Reaching at risk groups. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 3, 299-320.
- Wilkinson, I. (2001). *Anxiety in a Risk Society*. London: Routledge.



- Winsten, J. (1994). Promoting designated drivers: The Harvard Alcohol Project. *American Journal of Preventive Medicine*, 10 (11), 11-12.
- Wolf, M. (1995). *Teorias da Comunicação*. Lisboa: Editorial Presença.
- Wolton, D. (1995). As contradições do espaço público mediatizado. *Revista de Comunicação e Linguagens*, 21-22.
- Yadlon, S. (1997). Skinny women and good mothers: The rhetoric of risk, control, and culpability in the production of knowledge about breast cancer. *Feminist Studies*, 23 (3), 645-677.
- Yagade, A., & Dozier, D. M. (1990). The media agenda-setting effects of concrete versus abstract issues. *Journalism Quarterly*, 67(1), 3-10.
- Yanovitzky, I., & Stryker, J. (2001). Mass media, social norms, and health promotion efforts - a longitudinal study of media effects on youth binge drinking. *Communication Research*, 28(2), 208-239.
- Zhu, J.-H., Watt, J. H., Snyder, L. B., Yan, J., & Jiang, Y. (1993). Public issue priority formation: media agenda-setting and social interaction. *Journal of Communication*, 43(1), 8-29.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.



## **ANEXOS**

**Grelha de análise<sup>146</sup>**

**1 Informação básica**

**V1 – Nome do jornal**

1. Público
2. Correio da Manhã
3. Expresso

**V2 – Mês**

1. Janeiro
2. Fevereiro
3. Março
4. Abril
5. Maio
6. Junho
7. Julho
8. Agosto
9. Setembro
10. Outubro
11. Novembro
12. Dezembro

**V3 – Dia do mês**

De 1 a 31

**V4 – Ano**

De 1990 a 2004

---

<sup>146</sup> A operacionalização de cada variável está explicitada no decorrer da dissertação no momento de cada análise.

## **2 Organização editorial**

### **V5 – Número de página**

### **V6 – Título**

Colocar por extenso

### **V7 – Antetítulo**

0. Não se aplica

Colocar por extenso

### **V8 – Subtítulo**

0. Não se aplica

Colocar por extenso

### **V9 – Lead**

Colocar por extenso

### **V10 – Tipo de página, exposição**

1. Página de capa do jornal
2. Segunda ou terceira página
3. Página de capa de secção ou suplemento
4. Página interior (meio do jornal)
5. Contra-capas do jornal
6. Contra-capas de suplemento

### **V11 – Secção do jornal<sup>147</sup>**

Colocar por extenso

---

<sup>147</sup> As secções dizem respeito aos três jornais em conjunto e que podem ter mudado ao longo do período analisado; no final foram harmonizados por equivalências.

**V12 – Formato da notícia**

1. Notícia
2. Reportagem, investigação, trabalho de fundo
3. Entrevista
4. Editorial
5. Crónica, coluna, comentário regular
6. Opinião, carta de leitor, comentário de personalidades exteriores ao jornal
7. Outro

**V13 – Autor**

1. Agência noticiosa
2. Jornalista
3. Director /editor de jornal
4. Colunista / comentador regular
5. Leitor
6. Personalidade exterior ao jornal
7. Não identificado

**V14 - Característica dominante adoptada no discurso**

1. Objectivo/factual
2. Racional/explicativo
3. Interpretativo/opinativo

**V15 – Tamanho do artigo**

1. Pequeno (até um quarto de página ou menos incluindo fotografias)/notícia breve
2. Médio (até de metade de página incluindo fotografias)
3. Grande (Superior a metade de página incluindo fotografias)/notícia de desenvolvimento

**V16 – Ilustrações**

0. Não existe
1. Não

### **3 Conteúdo: Acontecimentos e contextos**

#### *3.1 Temas e protagonistas*

##### **V17 – Tema**

1. Política de saúde e administração do sistema
2. Acesso e funcionamento do sistema
3. Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde
4. Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos
5. Assuntos laborais e de recursos humanos
6. Assuntos sócio-profissionais
7. Formação de recursos humanos
8. Negligência médica e dos serviços
9. Sector farmacêutico e medicamentos
10. Promoção da saúde e prevenção da doença
11. Ciência e tecnologia
12. Enfoque individual
13. Outros

##### **V18 de A a H – Actores<sup>148</sup>**

###### **Poderes de Estado e Instituições Públicas**

1. Órgãos de governo
2. Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde
3. Parlamento e partidos políticos
4. Poder local
5. Instituições para a prevenção e combate à doença e similares
6. Ensino e Investigação
7. Entidades judiciais e policiais
8. Sub-sistemas de saúde
9. SNS e Prestadores públicos de saúde em geral
10. Outros poderes de Estado e instituições públicas

---

<sup>148</sup> Classificar o tipo de actores que são mencionados por ordem de surgimento no artigo (não foram encontrados mais de 8).

Utentes, Sociedade Civil e Instituições Privadas

11. Utentes
12. Associações ou instituições ligadas a doenças específicas
13. Movimentos e associações de utentes dos serviços de saúde
14. Outras associações
15. Ordens profissionais
16. Sindicatos
17. Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde
18. Comunicação social
19. Instituições religiosas
20. Organizações internacionais
21. Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas

Interesses financeiros e comerciais

22. Grupos económicos e financeiros
23. Indústria e serviços do sector da saúde
24. Indústria farmacêutica
25. Empresas de seguros
26. Associações de interesse sócio-económico
27. Serviços privados de saúde em geral
28. Outros interesses comerciais e financeiros

Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde

29. Hospitais públicos
30. Centros de saúde
31. Outras unidades de cuidados de saúde

Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde

32. Hospitais privados
33. Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico
34. Farmácias

Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde

35. Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde



Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde

36. Médicos
37. Enfermeiros
38. Farmacêuticos e similares
39. Outros profissionais de saúde

**V19 de A a D – Fonte referida directamente<sup>149</sup>**

0. nenhuma fonte é referida directamente  
Utilizar lista de actores

**V20 de A a C – Actores identificados no título<sup>150</sup>**

0. Não existem actores indentificados no título  
Utilizar lista de actores

**V21 de A a B – Título personalizado<sup>151</sup>**

0. Não existe personalização do título  
Utilizar lista de actores

**V22 – Localização<sup>152</sup>**

1. Portugal
2. Norte
3. Centro
4. Lisboa e Vale do Tejo
5. Alentejo
6. Algarve
7. Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira
8. Países europeus / Europa
9. Outros países

---

<sup>149</sup> Classificar o tipo de fontes que são mencionados por ordem de surgimento no artigo (não foram encontrados mais de 4).

<sup>150</sup> Classificar o tipo de actores que são mencionados por ordem de surgimento no artigo (não foram encontrados mais de 3).

<sup>151</sup> Classificar o tipo de actores que são mencionados por ordem de surgimento no artigo (não foram encontrados mais de 2).

<sup>152</sup> Classificar as localizações que são mencionadas por ordem de surgimento no artigo (não foram encontrados mais de 3).

**V23 – Avaliação da tendência valorativa do título**

1. Positivo
2. Neutro/Ambíguo
3. Negativo

**V24 – Avaliação da tendência valorativa do artigo**

1. Positivo
2. Neutro/Ambíguo
3. Negativo

*3.2 Avaliações e solicitações (relações entre actores)*

**V25 – Existência da avaliação A**

0. Não existe
1. Existe

**V25A – Autor da avaliação A**

0. Não existe avaliação expressa
1. Se existe, usar lista de actores

**V25B – Direcção da avaliação A**

0. Não existe avaliação expressa
1. Positivo
2. Negativo

**V25C – A quem se destina a avaliação A**

0. Não existe avaliação expressa
1. Se existe, utilizar lista de actores

**V25D – Área dos motivos da avaliação**

1. Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)
2. Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)
3. Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos
4. Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)
5. Assuntos laborais e de recursos humanos
6. Desempenho e competência sócio-profissional
7. Formação de recursos humanos
8. Negligência médica e dos serviços
9. Sector farmacêutico e medicamentos
10. Promoção da saúde e prevenção da doença
11. Ciência e tecnologia
12. Outros

**V26A – Existência da avaliação B**

0. Não existe
1. Existe

**V26B – Autor da avaliação B**

0. Não existe avaliação expressa
1. Se existe, usar lista de actores

**V26C – Direcção da avaliação B**

0. Não existe avaliação expressa
1. Positivo
2. Negativo

**V26D – A quem se destina a avaliação B**

0. Não existe avaliação expressa
- Se existe, utilizar lista de actores

**V26E – Área dos motivos da avaliação B**

1. Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)
2. Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)
3. Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos
4. Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)
5. Assuntos laborais e de recursos humanos
6. Desempenho e competência sócio-profissional
7. Formação de recursos humanos
8. Negligência médica e dos serviços
9. Sector farmacêutico e medicamentos
10. Promoção da saúde e prevenção da doença
11. Ciência e tecnologia
12. Outros

**V27A – Existência de solicitação A**

0. Não existe
1. Existe

**V27B – Área da solicitação A**

0. Não existe
1. Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)
2. Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)
3. Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos
4. Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)
5. Assuntos laborais e de recursos humanos
6. Desempenho e competência sócio-profissional
7. Formação de recursos humanos
8. Negligência médica e dos serviços
9. Sector farmacêutico e medicamentos
10. Promoção da saúde e prevenção da doença
11. Ciência e tecnologia
12. Outros

**V27C – Autor da solicitação A (interpelante)**

- 0. Não existe

Se existe, utilizar lista de actores

**V27D – A quem se destina a solicitação A (interpelado)**

- 0. Não existe

Se existe, utilizar lista de actores

**V27E – Forma de acção na solicitação A**

- 0. Não existe
- 1. Apelo
- 2. Demonstrativo
- 3. Procedimental
- 4. Conflituoso
- 5. Violento

**V27F – Âmbito da aplicação da solicitação A**

- 0. Não se aplica
- 1. Local
- 2. Distrital/Regional
- 3. Nacional
- 4. UE/Europa/Outros Países da Europa
- 5. Mundial/Outros Países do Mundo

**V28A – Existência de solicitação B**

- 0. Não existe
- 1. Sim

**V28B – Área da solicitação B**

0. Não existe
1. Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)
2. Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)
3. Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos
4. Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)
5. Assuntos laborais e de recursos humanos
6. Desempenho e competência sócio-profissional
7. Formação de recursos humanos
8. Negligência médica e dos serviços
9. Sector farmacêutico e medicamentos
10. Promoção da saúde e prevenção da doença
11. Ciência e tecnologia
12. Outros

**V28C – Autor da solicitação B (interpelante)**

0. Não existe

Se existe, utilizar lista de actores

**V28D – A quem se destina a solicitação B (interpelado)**

0. Não existe

Se existe, utilizar lista de actores

**V28E – Forma de acção na solicitação B**

0. Não existe
1. Apelo
2. Demonstrativo
3. Procedimental
4. Conflituoso
5. Violento

**V28F – Âmbito da aplicação da solicitação B**

0. Não se aplica
1. Local
2. Distrital/Regional
3. Nacional
4. UE/Europa/Outros Países da Europa
5. Mundial/Outros Países do Mundo

**V29 – Transcrição do artigo**

**Resultados****Quadro 1:** Secção em que surgem os artigos sobre sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP

Secção	n	%
Economia	53	3,0
Educação	22	1,3
Opinião	125	7,1
Saúde	64	3,6
Media	4	0,2
Última pagina	98	5,6
Local	227	12,9
Nacional	124	7,0
Actualidade	42	2,4
Destaque	74	4,2
Política	19	1,1
Sociedade	867	49,3
Semana	33	1,9
Outros	7	0,4
Total	1759	100

**Quadro 2:** Formato dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP por triénio

$p=0,000 \leq 0,05$		Formato						
Triénio		Notícia	Reportagem	Entrevista	Editorial	Comentário regular	Opinião exterior ao jornal	Outro
1990-1992	n	306	46	4	0	7	19	0
	%	15,0	16,4	5,9	0,0	13,7	17,8	0,0
1993-1995	n	298	64	6	2	10	11	0
	%	14,6	22,9	8,8	25,0	19,6	10,3	0,0
1996-1998	n	361	59	7	3	12	28	2
	%	17,7	21,1	10,3	37,5	23,5	26,2	33,3
1999-2001	n	497	54	13	1	9	16	3
	%	24,3	19,3	19,1	12,5	17,6	15,0	50,0
2002-2004	n	582	57	38	2	13	33	1
	%	28,5	20,4	55,9	25,0	25,5	30,8	16,7
Total	n	2044	280	68	8	51	107	6
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Quadro 3:** Formato dos artigos sobre o sistema de saúde publicado por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Formato						
Órgão		Notícia	Reportagem	Entrevista	Editorial	Comentário regular	Opinião exterior ao jornal	Outro
PUB	n	875	115	18	5	30	40	2
	%	42,8	41,1	26,5	62,5	58,8	37,4	33,3
CM	n	1002	133	48	1	14	34	1
	%	49,0	47,5	70,6	12,5	27,5	31,8	16,7
EXP	n	167	32	2	2	7	33	3
	%	8,2	11,4	2,9	25	13,7	30,8	50
Total	n	2044	280	68	8	51	107	6
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



**Quadro 4:** Autoria dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP por triénio

$p=0,000 \leq 0,05$		Triénio				
Autor		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Não identificado	n	219	244	228	313	252
	%	57,3	62,4	48,3	52,7	34,5
Jornalista	n	134	125	204	240	371
	%	35,1	32,0	43,2	40,4	50,8
Director/Editor de jornal	n	5	0	1	0	6
	%	1,3	0,0	0,2	0,0	0,8
Agência noticiosa	n	3	0	2	13	66
	%	0,8	0,0	0,4	2,2	9,0
Outros	n	21	19	37	28	36
	%	5,5	4,8	7,8	4,0	4,9
Total	n	382	391	472	594	731
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Quadro 5:** Autoria dos artigos sobre o sistema de saúde publicado por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Órgão de informação		
Autor		PUB	CM	EXP
Não identificado	n	286	874	96
	%	26,2	70,8	39,0
Jornalista	n	672	291	111
	%	61,7	23,6	45,1
Director/Editor de jornal	n	11	1	0
	%	1,0	0,1	0,0
Agência noticiosa	n	63	21	0
	%	5,8	1,7	0,0
Outros	n	60	35	39
	%	5,5	3,7	15,8
Total	n	1090	1234	246
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 6:** Dimensão dos artigos sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP por triénio

$p=0,066 > 0,05$		Dimensão		
Triénio		Grande	Médio	Pequeno
1990-1992	n	66	103	213
	%	14,5	13,8	15,5
1993-1995	n	74	97	220
	%	16,2	13,0	16,1
1996-1998	n	98	134	240
	%	21,5	18,0	17,5
1999-2001	n	95	169	330
	%	20,8	22,7	24,1
2002-2004	n	123	241	367
	%	27,0	32,4	26,8
Total	n	456	744	1370
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 7:** Dimensão dos artigos sobre o sistema de saúde publicado por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Dimensão		
Órgão de informação		Grande	Médio	Pequeno
PUB	n	218	378	494
	%	47,8	50,8	36,1
CM	n	223	297	714
	%	48,9	39,9	52,1
EXP	n	15	69	162
	%	3,3	9,3	11,8
Total	n	456	744	1370
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 8:** Característica dominante adoptada no discurso nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por formato do artigo

$p=0,000 \leq 0,05$		Característica do discurso		
Formato do artigo		Objectivo/factual	Racional/explicativo	Interpretativo/opinativo
Notícia	n	1445	566	0
	%	99,9	66,9	0,0
Reportagem	n	0	280	0
	%	0,0	33,1	0,0
Entrevista	n	0	0	68
	%	0,0	0,0	28,6
Editorial	n	0	0	8
	%	0,0	0,0	3,4
Comentário regular	n	0	0	51
	%	0,0	0,0	21,4
Opinião exterior	n	0	0	107
	%	0,0	0,0	45,0
Outro	n	1	0	4
	%	0,1	0,0	1,7
Total	n	1446	846	238
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 9:** Característica dominante adoptada no discurso nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Característica do discurso		
Órgão de informação		Objectivo/factual	Racional/explicativo	Interpretativo/opinativo
PUB	n	559	427	95
	%	38,6	50,5	39,9
CM	n	752	361	97
	%	51,9	42,7	40,8
EXP	n	138	58	46
	%	9,5	6,9	19,3
Total	n	1449	846	238
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 10:** Característica dominante adoptada no discurso nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios

$p=0,000 \leq 0,05$		Característica do discurso		
Triénios		Objectivo/factual	Racional/explicativo	Interpretativo/opinativo
1990-1992	n	223	123	30
	%	15,4	14,5	12,6
1993-1995	n	250	107	29
	%	17,3	12,6	12,2
1996-1998	n	268	137	52
	%	18,5	16,2	21,8
1999-2001	n	352	197	41
	%	24,3	23,3	17,2
2002-2004	n	356	282	86
	%	24,6	33,3	36,1
Total	n	1449	846	238
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 11:** Existência de ilustrações a acompanhar os artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por formato do artigo

$p=0,000 \leq 0,05$		Existência de ilustrações	
Formato do artigo		Sim	Não
Notícia	n	577	1467
	%	64,0	88,2
Reportagem	n	244	36
	%	27,1	2,2
Entrevista	n	44	24
	%	4,9	1,4
Editorial	n	1	7
	%	0,1	0,4
Comentário regular	n	13	38
	%	1,4	2,3
Opinião exterior ao jornal	n	16	91
	%	1,8	5,5
Outro	n	6	0
	%	0,7	0,0
Total	n	901	1663
	%	100,0	100,0

**Quadro 12:** Existência de ilustrações a acompanhar os artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por dimensão do artigo

$p=0,000 \leq 0,05$		Existência de ilustrações	
Dimensão do artigo		Sim	Não
Grande	n	431	25
	%	47,8	1,5
Médio	n	363	381
	%	40,2	22,8
Pequeno	n	108	1262
	%	12,0	75,7
Total	n	902	1668
	%	100,0	100,0

**Quadro 13:** Existência de ilustrações a acompanhar os artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Existência de ilustrações	
Órgão de informação		Sim	Não
PUB	n	311	779
	%	34,5	46,7
CM	n	513	721
	%	56,9	43,2
EXP	n	78	168
	%	8,6	10,1
Total	n	902	1668
	%	100,0	100,0

**Quadro 14:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

$p=0,001 \leq 0,05$		Órgão de informação		
Temas		PUB	CM	EXP
Política de saúde e administração do sistema	n	176	181	46
	%	16,1	14,7	18,7
Acesso e funcionamento do sistema	n	115	147	18
	%	10,6	11,9	7,3
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	79	79	35
	%	7,2	6,4	14,2
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	110	161	13
	%	10,1	13,0	5,3
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	199	195	34
	%	18,3	15,8	13,8
Assuntos sócio-profissionais	n	64	70	19
	%	5,9	5,7	7,7
Formação de recursos humanos	n	40	38	9
	%	3,7	3,1	3,7
Negligência médica e dos serviços	n	83	69	16
	%	7,6	5,6	6,5
Sector farmacêutico e medicamentos	n	87	113	24
	%	8,0	9,2	9,8
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	31	42	9
	%	2,8	3,4	3,7
Ciência e tecnologia	n	70	91	15
	%	6,4	7,4	6,1
Enfoque individual	n	16	14	1
	%	1,5	1,1	0,4
Outros	n	20	34	7
	%	1,8	2,8	2,8
Total	n	1090	1234	246
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 15:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por formato do artigo

$p=0,000 \leq 0,05$		Formato do artigo						
Temas		Notícia	Reportagem	Entrevista	Editorial	Crónica regular	Opinião exterior ao jornal	Outro
Política de saúde e administração do sistema	n	328	30	13	2	12	12	6
	%	16,0	10,7	19,1	25,0	23,5	11,2	100,0
Acesso e funcionamento do sistema	n	203	42	11	0	3	21	0
	%	9,9	15,0	16,2	0,0	5,9	19,6	0,0
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	138	23	8	0	6	17	0
	%	6,8	8,2	11,8	0,0	11,8	15,9	0,0
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	236	36	6	0	3	1	0
	%	11,5	12,9	8,8	0,0	5,9	0,9	0,0
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	373	28	4	1	5	15	0
	%	18,2	10,0	5,9	12,5	9,8	14,0	0,0
Assuntos sócio-profissionais	n	121	16	5	1	5	5	0
	%	5,9	5,7	7,4	12,5	9,8	4,7	0,0
Formação de recursos humanos	n	66	8	1	0	4	8	0
	%	3,2	2,9	1,5	0,0	7,8	7,5	0,0
Negligência médica e dos serviços	n	123	25	4	2	3	11	0
	%	6,0	8,9	5,9	25,0	5,9	10,3	0,0
Sector farmacêutico e medicamentos	n	180	24	10	0	5	5	0
	%	8,8	8,6	14,7	0,0	9,8	4,7	0,0
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	65	11	2	0	2	2	0
	%	3,2	3,9	2,9	0,0	3,9	1,9	0,0
Ciência e tecnologia	n	146	24	2	1	0	2	0
	%	7,1	8,6	2,9	12,5	0,0	1,9	0,0
Enfoque individual	n	17	7	2	0	0	5	0
	%	0,8	2,5	2,9	0,0	0,0	4,7	0,0
Outros	n	48	6	0	1	3	3	0
	%	2,3	2,1	0,0	12,5	5,9	2,8	0,0
Total	n	2044	280	68	8	51	107	6
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Quadro 16:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por característica do discurso

$p=0,000 \leq 0,05$		Característica do discurso		
Temas		Objectivo/factual	Racional/explicativo	Interpretativo/opinativo
Política de saúde e administração do sistema	n	233	112	54
	%	16,0	14,5	17,7
Acesso e funcionamento do sistema	n	135	95	46
	%	9,3	12,3	15,1
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	98	59	34
	%	6,7	7,6	11,1
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	170	92	17
	%	11,7	11,9	5,6
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	274	114	36
	%	18,8	14,7	11,8
Assuntos sócio-profissionais	n	91	42	19
	%	6,3	5,4	6,2
Formação de recursos humanos	n	52	20	14
	%	3,6	2,6	4,6
Negligência médica e dos serviços	n	80	61	23
	%	5,5	7,9	7,5
Sector farmacêutico e medicamentos	n	122	71	26
	%	8,4	9,2	8,5
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	47	23	10
	%	3,2	3,0	3,3
Ciência e tecnologia	n	113	55	7
	%	7,8	7,1	2,3
Enfoque individual	n	8	11	12
	%	,5	1,4	3,9
Outros	n	32	18	7
	%	2,2	2,3	2,3
Total	n	1455	773	305
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 17:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por dimensão do artigo

$p=0,009 \leq 0,05$		Dimensão do artigo		
Temas		Grande	Médio	Pequeno
Política de saúde e administração do sistema	n	61	139	203
	%	13,4	18,7	14,8
Acesso e funcionamento do sistema	n	68	85	127
	%	14,9	11,4	9,3
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	39	58	96
	%	8,5	8,1	7,1
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	46	85	153
	%	10,1	11,4	11,2
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	54	125	249
	%	11,8	16,8	18,2
	%	8,6	7,8	7,0
Assuntos sócio-profissionais	n	29	42	82
	%	6,4	5,6	6,0
Formação de recursos humanos	n	14	18	55
	%	3,1	2,4	4,0
Negligência médica e dos serviços	n	36	51	81
	%	7,9	6,9	5,9
Sector farmacêutico e medicamentos	n	36	60	128
	%	7,9	8,1	9,3
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	14	21	47
	%	3,1	2,8	3,4
Ciência e tecnologia	n	37	42	97
	%	8,1	5,6	7,1
Enfoque individual	n	9	6	16
	%	2,0	0,8	1,2
Outros	n	13	12	36
	%	2,9	1,6	2,6
Total	n	456	744	1370
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 18:** Actores presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios

Actores		Triénios				
		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Poderes de Estado e instituições públicas						
Órgãos de governo	n	179	204	232	278	357
	%	47,4	52,7	50,5	47,0	49,2
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	n	65	96	108	138	190
	%	17,2	24,8	23,5	23,4	26,2
Parlamento e partidos políticos	n	35	23	30	67	65
	%	9,3	5,9	6,5	11,3	9,0
Poder local	n	33	28	39	43	54
	%	8,7	7,2	8,5	7,3	7,4
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	n	9	19	14	23	30
	%	2,4	4,9	3,1	3,9	4,1
Ensino e investigação	n	62	51	85	86	72
	%	16,4	13,2	18,5	14,6	9,9
Entidades judiciais e policiais	n	38	58	41	42	74
	%	10,1	15,0	8,9	7,1	10,2
Sub-sistemas de saúde	n	2	1	1	7	1
	%	0,5	0,3	0,2	1,2	0,1
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	n	32	53	59	77	95
	%	8,5	13,7	12,9	13,0	13,1
Outros poderes de Estado e instituições públicas	n	38	36	47	55	67
	%	10,1	9,3	10,2	9,3	9,2
Utentes, Sociedade civil e instituições privadas						
Utentes	n	190	216	253	325	385
	%	50,3	55,8	55,1	55,0	53,1
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	n	13	25	21	26	18
	%	3,4	6,5	4,6	4,4	2,5
Movimentos e associações de utentes utilizadores de serviços de saúde	n	0	6	3	3	4
	%	0,0	1,6	0,7	0,5	0,6
Outras associações	n	5	7	7	20	8
	%	1,3	1,8	1,5	3,4	1,1
Ordens profissionais	n	24	67	57	65	91
	%	6,3	17,3	12,4	11,0	12,6
Sindicatos	n	44	42	59	75	70
	%	11,6	10,9	12,9	12,7	9,7
Associações e sociedades sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde	n	28	38	29	28	55
	%	7,4	9,8	6,3	4,7	7,6
Comunicação social	n	35	31	28	21	27
	%	9,3	8,0	6,1	3,6	3,7
Instituições religiosas	n	7	12	15	13	12
	%	1,9	3,1	3,3	2,2	1,7
Organizações internacionais	n	32	34	19	37	36
	%	8,5	8,8	4,1	6,3	5,0
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	n	20	29	39	30	40
	%	5,3	7,5	8,5	5,1	5,5



*Cont.*

Interesses financeiros e comerciais						
Grupos económicos e financeiros	n	6	3	5	6	19
	%	1,6	0,8	1,1	1,0	2,6
Indústria e serviços do sector da saúde	n	12	8	11	17	14
	%	3,2	2,1	2,4	2,9	1,9
Indústria farmacêutica	n	27	38	53	48	63
	%	7,1	9,8	11,5	8,1	8,7
Empresas de seguros	n	10	1	3	2	8
	%	2,6	0,3	0,7	0,3	1,1
Associações de interesse sócio-económico	n	15	12	21	21	38
	%	4,0	3,1	4,6	3,6	5,2
Serviços privados de saúde em geral	n	16	17	13	22	35
	%	4,2	4,4	2,8	3,7	4,8
Outros interesses comerciais e financeiros	n	30	24	29	32	29
	%	7,9	6,2	6,3	5,4	4,0
Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde						
Hospitais públicos e maternidades	n	180	200	201	262	370
	%	47,6	51,7	43,8	44,3	51,0
Centros de Saúde	n	41	53	79	66	84
	%	10,8	13,7	17,2	11,2	11,6
Outras unidades de cuidados de saúde	n	31	32	35	33	33
	%	8,2	8,3	7,6	5,6	4,6
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde						
Hospitais privados	n	7	5	6	3	8
	%	1,9	1,3	1,3	0,5	1,1
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	n	16	16	14	33	19
	%	4,2	4,1	3,1	5,6	2,6
Farmácias	n	22	19	24	43	44
	%	5,8	4,9	5,2	7,3	6,1
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde						
Instituições e unidades de prestação de cuidados de saúde sociais	n	3	6	1	11	5
	%	0,8	1,6	0,2	1,9	0,7
Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde						
Médicos	n	157	166	197	239	305
	%	41,5	42,9	42,9	40,4	42,1
Enfermeiros	n	40	25	39	60	48
	%	10,6	6,5	8,5	10,2	6,6
Farmacêuticos e similares	n	10	8	10	10	19
	%	2,6	2,1	2,2	1,7	2,6
Outros profissionais de saúde	n	55	50	61	78	69
	%	14,6	12,9	13,3	13,2	9,5

Categorização múltipla

**Quadro 19:** Grupos de actores presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

Grupos de actores		Órgão de informação		
		PUB	CM	EXP
Poderes de Estado e Instituições Públicas	n	2486	2246	497
	%	229,5	184,7	206,2
Sociedade Civil e Instituições Privadas	n	1813	1909	325
	%	167,4	157,0	134,9
Unidades de Prestação Directa de Cuidados de Saúde Públicos	n	1209	1456	201
	%	111,6	119,7	83,4
Unidades de Prestação Directa de Cuidados de Saúde Privados	n	144	144	39
	%	13,3	11,8	16,2
Interesses Comerciais e Financeiros	n	415	410	95
	%	38,3	33,7	39,4
Instituições e Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde Sociais	n	17	12	1
	%	1,6	1,0	0,4
Profissionais de Prestação Directa de Cuidados de Saúde	n	953	1005	177
	%	88,0	82,6	73,4
Categorização múltipla				

**Quadro 20:** Grupos de actores presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por formato do artigo

Grupos de actores		Formato do artigo						
		Notícia	Reportagem	Entrevista	Editorial	Coment. regular	Opinião exterior ao jornal	Outro
Poderes de Estado e Instituições Públicas	n	4176	569	139	31	95	191	11
	%	207,0	203,2	204,4	387,5	186,3	178,5	220,0
Sociedade Civil e Instituições Privadas	n	3123	506	107	11	104	189	4
	%	154,8	180,7	157,4	137,5	203,9	176,6	80,0
Unidades de Prestação Directa de Cuidados de Saúde Públicos	n	2270	373	65	4	37	112	0
	%	112,5	133,2	95,6	50,0	72,5	104,7	0,0
Unidades de Prestação Directa de Cuidados de Saúde Privados	n	240	50	15	0	8	14	0
	%	11,9	17,9	22,1	0,0	15,7	13,1	0,0
Interesses Comerciais e Financeiros	n	709	129	30	2	20	27	0
	%	35,2	46,1	44,1	25,0	39,2	25,2	0,0
Instituições e Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde Sociais	n	20	8	1	0	1	0	0
	%	1,0	2,9	1,5	0,0	2,0	0,0	0,0
Profissionais de Prestação Directa de Cuidados de Saúde	n	1659	252	57	5	43	117	0
	%	82,3	90,0	83,8	62,5	84,3	109,3	0,0

**Quadro 21:** Fontes presentes nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénios

Fontes		Triénios				
		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Poderes de Estado e instituições públicas						
Órgãos de governo	n	45	52	63	86	105
	%	15,7	18,0	18,2	18,3	20,8
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	n	20	33	52	67	68
	%	7,0	11,4	15,0	14,3	13,5
Parlamento e partidos políticos	n	18	7	15	31	20
	%	6,3	2,4	4,3	6,6	4,0
Poder local	n	14	18	20	31	30
	%	4,9	6,2	5,8	6,6	6,0
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	n	5	5	4	12	10
	%	1,7	1,7	1,2	2,6	2,0
Ensino e Investigação	n	19	14	28	29	27
	%	6,6	4,8	8,1	6,2	5,4
Entidades judiciais e policiais	n	5	14	6	7	13
	%	1,7	4,8	1,7	1,5	2,6
Sub-sistemas de saúde	n	0	0	0	1	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Outros poderes de Estado e instituições públicas	n	10	8	9	12	16
	%	3,5	2,8	2,6	2,6	3,2
Utentes, Sociedade civil e instituições privadas						
Utentes	n	11	15	23	13	30
	%	3,8	5,2	6,6	2,8	6,0
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	n	9	15	15	19	13
	%	3,1	5,2	4,3	4,0	2,6
Movimentos e associações de utentes utilizadores de serviços de saúde	n	0	0	0	3	2
	%	0,0	0,0	0,0	0,6	0,4
Outras associações	n	1	3	6	6	5
	%	0,3	1,0	1,7	1,3	1,0
Ordens profissionais	n	6	31	38	41	47
	%	2,1	10,7	11,0	8,7	9,3
Sindicatos	n	37	26	42	60	48
	%	12,9	9,0	12,1	12,8	9,5
Associações e sociedades sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde	n	17	19	18	20	36
	%	5,9	6,6	5,2	4,3	7,1
Comunicação social	n	20	37	33	73	56
	%	7,0	12,8	9,5	15,5	11,1
Instituições religiosas	n	4	2	4	8	2
	%	1,4	0,7	1,2	1,7	0,4
Organizações internacionais	n	9	8	9	5	2
	%	3,1	2,8	2,6	1,1	0,4
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	n	2	2	6	6	10
	%	0,7	0,7	1,7	1,3	2,0

## Saúde nos *Mass Media*

*Cont.*

Interesses financeiros e comerciais						
Grupos económicos e financeiros	n	1	0	0	2	5
	%	0,3	0,0	0,0	0,4	1,0
Indústria e serviços do sector da saúde	n	1	1	1	0	4
	%	0,3	0,3	0,3	0,0	0,8
Indústria farmacêutica	n	3	4	9	11	6
	%	1,0	1,4	2,6	2,3	1,2
Empresas de seguros	n	4	0	1	0	2
	%	1,4	0,0	0,3	0,0	0,4
Associações de interesse sócio-económico	n	14	8	13	8	22
	%	4,9	2,8	3,8	1,7	4,4
Outros interesses comerciais e financeiros	n	4	1	3	1	3
	%	1,4	0,3	0,9	0,2	0,6
Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde						
Hospitais públicos	n	44	31	36	42	52
	%	15,4	10,7	10,4	8,9	10,3
Centros de Saúde	n	2	5	6	6	7
	%	0,7	1,7	1,7	1,3	1,4
Outras unidades de cuidados de saúde	n	7	5	4	12	10
	%	2,4	1,7	1,2	2,6	2,0
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde						
Hospitais privados e maternidades	n	0	2	0	3	1
	%	0,0	0,7	0,0	0,6	0,2
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	n	1	1	3	1	1
	%	0,3	0,3	0,9	0,2	0,2
Farmácias	n	0	0	0	0	2
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde						
Instituições e unidades de prestação de cuidados de saúde sociais	n	1	0	0	0	1
	%	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2
Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde						
Médicos	n	40	36	36	72	59
	%	14,0	12,5	10,4	15,3	11,7
Enfermeiros	n	8	2	1	7	3
	%	2,8	0,7	0,3	1,5	0,6
Farmacêuticos e similares	n	1	0	1	2	1
	%	0,3	0,0	0,3	0,4	0,2
Outros profissionais de saúde	n	7	4	6	3	5
	%	2,4	1,4	1,7	0,6	1,0
Categorização múltipla						

**Quadro 22:** Actores identificados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

Actores	Órgão de informação		
	PUB	CM	EXP
Poderes de Estado e instituições públicas			
Órgãos de governo	n 107 % 13,7	101 11,6	34 22,8
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	n 35 % 4,5	20 2,3	5 3,4
Parlamento e partidos políticos	n 35 % 4,5	20 2,3	4 2,7
Poder local	n 7 % 0,9	4 0,5	0 0,0
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	n 4 % 0,5	3 0,3	0 0,0
Ensino e Investigação	n 37 % 4,7	34 3,9	11 7,4
Entidades judiciais e policiais	n 19 % 2,4	20 2,3	3 2,0
Sub-sistemas de saúde	n 1 % 0,1	0 0,0	0 0,0
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	n 22 % 2,8	15 1,7	1 0,7
Outros poderes de Estado e instituições públicas	n 14 % 1,8	7 0,8	3 2,0
Utentes, Sociedade civil e instituições privadas			
Utentes	n 121 % 15,5	170 19,5	11 7,4
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	n 1 % 0,1	2 0,2	0 0,0
Movimentos e associações de utentes utilizadores de serviços de saúde	n 2 % 0,3	1 0,1	0 0,0
Outras associações	n 3 % 0,4	4 0,5	0 0,0
Ordens profissionais	n 39 % 5,0	32 3,7	7 4,7
Sindicatos	n 21 % 2,7	11 1,3	2 1,3
Associações e sociedades sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde	n 2 % 0,3	2 0,2	1 0,7
Comunicação social	n 2 % 0,3	3 0,3	1 0,7
Instituições religiosas	n 6 % 0,8	7 0,8	1 0,7
Organizações internacionais	n 2 % 0,3	3 0,3	1 0,7
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	n 9 % 1,2	3 0,3	2 1,3

## Saúde nos *Mass Media*

*Cont.*

Interesses financeiros e comerciais				
Grupos económicos e financeiros	n	8	0	1
	%	1,0	0,0	0,7
Indústria e serviços do sector da saúde	n	4	2	1
	%	0,5	0,2	0,7
Indústria farmacêutica	n	12	27	4
	%	1,5	3,1	2,7
Empresas de seguros	n	2	0	0
	%	0,3	0,0	0,0
Associações de interesse sócio-económico	n	10	3	3
	%	1,3	0,3	2,0
Serviços privados de saúde em geral	n	2	8	5
	%	0,3	0,9	3,4
Outros interesses comerciais e financeiros	n	6	3	0
	%	0,8	0,3	0,0
Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde				
Hospitais públicos	n	234	285	34
	%	29,9	32,7	22,8
Centros de Saúde	n	29	35	1
	%	3,7	4,0	0,7
Outras unidades de cuidados de saúde	n	17	17	1
	%	2,2	1,9	0,7
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde				
Hospitais privados	n	2	1	0
	%	0,3	0,1	0,0
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	n	14	17	0
	%	1,8	1,9	0,0
Farmácias	n	22	21	9
	%	2,8	2,4	6,0
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde				
Instituições e unidades de prestação de cuidados de saúde sociais	n	1	0	0
	%	0,1	0,0	0,0
Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde				
Médicos	n	160	185	41
	%	20,5	21,2	27,5
Enfermeiros	n	29	44	6
	%	3,7	5,0	4,0
Farmacêuticos e similares	n	5	9	2
	%	0,6	1,0	1,3
Outros profissionais de saúde	n	11	14	3
	%	1,4	1,6	2,0

Categorização múltipla

**Quadro 23:** Actores identificados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio

Actores		Triénio				
		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Poderes de Estado e instituições públicas						
Órgãos de governo	n	28	44	50	60	60
	%	9,8	16,1	15,4	14,4	12,0
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	n	4	7	5	17	27
	%	1,4	2,6	1,5	4,1	5,4
Parlamento e partidos políticos	n	17	3	7	15	17
	%	5,9	1,1	2,2	3,6	3,4
Poder local	n	3	3	1	2	2
	%	1,0	1,1	0,3	0,5	0,4
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	n	0	2	1	1	3
	%	0,0	0,7	0,3	0,2	0,6
Ensino e Investigação	n	9	8	23	23	19
	%	3,1	2,9	7,1	5,5	3,8
Entidades judiciais e policiais	n	6	7	8	7	14
	%	2,1	2,6	2,5	1,7	2,8
Sub-sistemas de saúde	n	0	0	0	1	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	n	5	5	8	8	12
	%	1,7	1,8	2,5	1,9	2,4
Outros poderes de Estado e instituições públicas	n	4	3	3	3	11
	%	1,4	1,1	0,9	0,7	2,2
Utentes, Sociedade civil e instituições privadas						
Utentes	n	42	47	49	74	90
	%	14,7	17,2	15,1	17,7	18,0
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	n	0	1	0	1	1
	%	0,0	0,4	0,0	0,2	0,2
Movimentos e associações de utentes utilizadores de serviços de saúde	n	0	1	0	1	1
	%	0,0	0,4	0,0	0,2	0,2
Outras associações	n	1	1	2	2	1
	%	0,3	0,4	0,6	0,5	0,2
Ordens profissionais	n	10	18	12	12	26
	%	3,5	6,6	3,7	2,9	5,2
Sindicatos	n	7	4	6	9	8
	%	2,4	1,5	1,8	2,2	1,6
Associações e sociedades sócio-profissionais e de especialidades ligadas à saúde	n	1	2	1	0	1
	%	0,3	0,7	0,3	0,0	0,2
Comunicação social	n	1	2	1	2	0
	%	0,3	0,7	0,3	0,5	0,0
Instituições religiosas	n	1	5	0	5	3
	%	0,3	1,8	0,0	1,2	0,6
Organizações internacionais	n	1	1	0	2	2
	%	0,3	0,4	0,0	0,5	0,4
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	n	3	2	1	5	3
	%	1,0	0,7	0,3	1,2	0,6

## Saúde nos *Mass Media*

*Cont.*

Interesses financeiros e comerciais						
Grupos económicos e financeiros	n	0	1	3	1	4
	%	0,0	0,4	0,9	0,2	0,8
Indústria e serviços do sector da saúde	n	1	1	0	2	3
	%	0,3	0,4	0,0	0,5	0,6
Indústria farmacêutica	n	11	6	7	7	12
	%	3,8	2,2	2,2	1,7	2,4
Empresas de seguros	n	1	0	0	0	1
	%	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2
Associações de interesse sócio-económico	n	5	0	2	2	7
	%	1,7	0,0	0,6	0,5	1,4
Serviços privados de saúde em geral	n	6	0	0	3	6
	%	2,1	0,0	0,0	0,7	1,2
Outros interesses comerciais e financeiros	n	2	3	2	0	2
	%	0,7	1,1	0,6	0,0	0,4
Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde						
Hospitais públicos	n	93	71	93	117	179
	%	32,5	25,9	28,6	28,1	35,7
Centros de Saúde	n	10	13	15	16	11
	%	3,5	4,7	4,6	3,8	2,2
Outras unidades de cuidados de saúde	n	11	4	4	5	11
	%	3,8	1,5	1,2	1,2	2,2
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde						
Hospitais privados	n	0	0	1	0	2
	%	0,0	0,0	0,3	0,0	0,4
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	n	6	5	8	9	3
	%	2,1	1,8	2,5	2,2	0,6
Farmácias	n	5	8	10	19	10
	%	1,7	2,9	3,1	4,6	2,0
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde						
Instituições e unidades de prestação de cuidados de saúde sociais	n	0	0	0	1	0
	%	0	0	0	0,2	0,0
Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde						
Médicos	n	54	62	70	86	114
	%	18,9	22,6	21,5	20,6	22,8
Enfermeiros	n	16	9	13	23	18
	%	5,6	3,3	4,0	5,5	3,6
Farmacêuticos e similares	n	6	3	1	1	5
	%	2,1	1,1	0,3	0,2	1,0
Outros profissionais de saúde	n	3	5	5	10	5
	%	1,0	1,8	1,5	2,4	1,0

Categorização múltipla



**Quadro 24:** Actores personalizados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio

Actores		Triénio				
		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Poderes de Estado e instituições públicas						
Órgãos de governo	n	16	23	28	38	38
	%	43,2	45,1	56,0	59,4	41,8
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	n	0	1	1	1	5
	%	0,0	2,0	2,0	1,6	5,5
Parlamento e partidos políticos	n	2	1	1	1	3
	%	5,4	2,0	2,0	1,6	3,3
Poder local	n	1	1	1	0	0
	%	2,7	2,0	2,0	0,0	0,0
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	n	0	0	0	0	2
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
Ensino e Investigação	n	0	1	1	1	0
	%	0,0	2,0	2,0	1,6	0,0
Entidades judiciais e policiais	n	1	2	1	2	1
	%	2,7	3,9	2,0	3,1	1,1
Outros poderes de Estado e instituições públicas	n	0	0	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Utentes, Sociedade civil e instituições privadas						
Utentes	n	6	5	2	10	12
	%	16,2	9,8	4,0	15,6	13,2
Ordens profissionais	n	2	5	3	3	7
	%	5,4	9,8	6,0	4,7	7,7
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	n	0	1	0	0	1
	%	0,0	2,0	0,0	0,0	1,1
Interesses financeiros e comerciais						
Associações de interesse sócio-económico	n	1	0	0	0	0
	%	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros interesses comerciais e financeiros	n	1	1	0	0	0
	%	2,7	2,0	0,0	0,0	0,0
Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde						
Hospitais públicos	n	1	5	4	1	9
	%	2,7	9,8	8,0	1,6	9,9
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde						
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	n	0	0	1	0	0
	%	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde						
Médicos	n	7	6	10	16	12
	%	18,9	11,8	20,0	25,0	13,2
Enfermeiros	n	1	1	1	0	2
	%	2,7	2,0	2,0	0,0	2,2
Farmacêuticos e similares	n	1	0	0	0	0
	%	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros profissionais de saúde	n	0	0	0	1	0
	%	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0

Categorização múltipla

**Quadro 25:** Actores personalizados nos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

Actores	Órgão de informação		
	PUB	CM	EXP
Poderes de Estado e instituições públicas			
Órgãos de governo	n 68 % 49,6	54 43,9	21 63,6
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	n 5 % 3,6	3 2,4	0 0,0
Parlamento e partidos políticos	n 5 % 3,6	2 1,6	1 3,0
Poder local	n 1 % 0,7	2 1,6	0 0,0
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	n 2 % 1,5	0 0,0	0 0,0
Entidades judiciais e policiais	n 4 % 2,9	2 1,6	1 3,0
Outros poderes de Estado e instituições públicas	n 0 % 0,0	0 0,0	1 3,0
Utentes, Sociedade civil e instituições privadas			
Utentes	n 13 % 9,5	21 17,1	1 3,0
Ensino e investigação	n 0 % 0,0	2 1,6	1 3,0
Ordens profissionais	n 12 % 8,8	8 6,5	0 0,0
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	n 2 % 1,5	0 0,0	0 0,0
Interesses financeiros e comerciais			
Associações de interesse sócio-económico	n 0 % 0,0	0 0,0	1 3,0
Outros interesses comerciais e financeiros	n 1 % 0,7	1 0,8	0 0,0
Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde			
Hospitais públicos	n 8 % 5,8	10 8,1	2 6,1
Outros profissionais de saúde	n 0 % 0,0	0 0,0	1 3,0
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde			
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	n 1 % 0,7	0 0,0	0 0,0
Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde			
Médicos	n 22 % 16,1	23 18,7	6 18,2
Enfermeiros	n 1 % 0,7	4 3,3	0 0,0
Farmacêuticos e similares	n 0 % 0,0	1 0,8	0 0,0
Categorização múltipla			

**Quadro 26:** Tendência valorativa dos títulos dos artigos  
sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Órgão de informação		Positivo	Neutro	Negativo
PUB	n	241	275	574
	%	35,5	44,1	45,3
CM	n	402	270	562
	%	59,3	43,3	44,3
EXP	n	35	79	132
	%	5,2	12,7	10,4
Total	n	678	624	1268
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 27:** Tendência valorativa dos títulos dos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por actores

Actores	Tendência valorativa			
		Positivo	Neutro	Negativo
<b>Poderes de Estado e Instituições Públicas</b>				
Órgãos de governo	n	62	62	118
	%	13,3	15,5	12,6
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	n	11	21	28
	%	2,4	8,8	3,0
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	n	12	3	23
	%	2,6	0,8	2,5
Sub-sistemas de saúde	n	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,1
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	n	0	0	7
	%	0,0	0,0	0,7
Parlamento e partidos políticos	n	9	19	31
	%	1,9	4,8	3,3
Poder local	n	0	1	10
	%	0,0	0,3	1,1
Entidades judiciais e policiais	n	1	4	37
	%	0,2	1,0	3,9
Ensino e investigação	n	35	20	27
	%	7,5	5,0	2,9
Outros poderes de Estado e instituições públicas	n	5	9	10
	%	1,1	2,3	1,1
<b>Sociedade Civil e Instituições Privadas</b>				
Utentes	n	83	36	183
	%	17,8	9,0	19,5
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	n	2	0	1
	%	0,4	0,0	0,1
Movimentos e associações de utentes utilizadores de serviços de saúde	n	2	1	0
	%	0,4	0,3	0,0
Outras associações	n	2	1	4
	%	0,4	0,3	0,4
Ordens profissionais	n	7	26	45
	%	1,5	6,5	4,8
Sindicatos	n	2	8	24
	%	0,4	2,0	2,6
Assoc. e soc. sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	n	2	2	1
	%	0,4	0,5	0,1
Comunicação social	n	2	3	1
	%	0,4	0,8	0,1
Instituições religiosas	n	5	7	2
	%	1,1	1,8	0,2
Organizações internacionais	n	2	2	2
	%	0,4	0,5	0,2
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	n	6	4	4
	%	1,3	1,0	0,4

*Cont.*

Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde				
Hospitais públicos e maternidades	n	164	114	275
	%	35,1	28,6	29,3
Centros de Saúde	n	30	5	30
	%	6,4	1,3	3,2
Outras unidades de cuidados de saúde	n	20	4	11
	%	4,3	1,0	1,2
Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde				
Hospitais privados e maternidades	n	2	0	1
	%	0,4	0,0	0,1
Farmácias	n	19	13	20
	%	4,1	3,3	2,1
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	n	8	7	16
	%	1,7	1,8	1,7
Interesses comerciais e financeiros				
Grupos económicos e financeiros	n	0	5	4
	%	0,0	1,3	0,4
Indústria e serviços do sector da saúde	n	2	1	4
	%	0,4	0,3	0,4
Indústria farmacêutica	n	8	16	19
	%	1,7	4,0	2,0
Empresas de seguros	n	1	1	0
	%	0,2	0,3	0,0
Associações de interesse sócio-económico	n	1	7	8
	%	0,2	1,8	0,9
Serviços privados de saúde em geral	n	1	12	2
	%	0,2	3,0	0,2
Outros interesses comerciais e financeiros	n	0	6	3
	%	0,0	1,5	0,3
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde				
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde sociais	n	0	1	0
	%	0,0	0,3	0,0
Profissionais do sector da saúde em unidades de prestação directa de cuidados de saúde				
Médicos	n	58	74	254
	%	12,4	18,5	27,1
Enfermeiros	n	9	12	58
	%	1,9	3,0	6,2
Farmacêuticos e similares	n	5	5	6
	%	1,1	1,3	0,6
Outros profissionais de saúde	n	11	4	13
	%	2,4	1,0	1,4

Categorização múltipla

**Quadro 28:** Tendência valorativa dos títulos dos artigos  
sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por temas

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Temas		Positivo	Neutro	Negativo
Política de saúde e administração do sistema	n	123	128	152
	%	18,1	20,5	12,0
Acesso e funcionamento do sistema	n	95	49	136
	%	14,0	7,9	10,7
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	149	46	89
	%	22,0	7,4	7,0
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	30	59	104
	%	4,4	9,5	8,2
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	32	72	324
	%	4,7	11,5	25,6
Assuntos sócio-profissionais	n	36	48	69
	%	5,3	7,7	5,4
Formação de recursos humanos	n	27	33	27
	%	4,0	5,3	2,1
Negligência médica e dos serviços	n	4	21	143
	%	0,6	3,4	11,3
Sector farmacêutico e medicamentos	n	62	84	78
	%	9,1	13,5	6,2
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	36	21	25
	%	5,3	3,4	2,0
Ciência e tecnologia	n	60	40	76
	%	8,8	6,4	6,0
Enfoque individual	n	6	6	19
	%	0,9	1,0	1,5
Outros	n	18	17	26
	%	2,7	2,7	2,1
Total	n	678	624	1268
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 29:** Tendência valorativa dos títulos dos artigos  
sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por tipo de artigo

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Tipo de artigo		Positivo	Neutro	Negativo
Notícia	n	588	462	994
	%	86,7	74,4	78,6
Reportagem	n	59	58	163
	%	8,7	9,3	12,9
Entrevista	n	21	16	31
	%	3,1	2,6	2,5
Editorial	n	0	4	4
	%	0,0	0,6	0,3
Comentário regular	n	1	32	18
	%	0,1	5,2	1,4
Opinião exterior ao jornal	n	8	49	50
	%	1,2	7,9	4,0
Outro	n	1	0	5
	%	0,1	0,0	0,4
Total	n	678	621	1265
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 30:** Existência de relações avaliativas entre actores  
nos artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

			Órgão de informação		
Relações avaliativas			PUB	CM	EXP
Primeira avaliação $p=0,000 \leq 0,05$	Sim	n	790	713	141
		%	72,5	57,8	57,3
	Não	n	300	521	105
		%	27,5	42,2	42,7
	Total	n	1090	1234	246
		%	100,0	100,0	100,0
Segunda avaliação $p=0,000 \leq 0,05$	Sim	n	385	295	54
		%	35,3	23,9	22,0
	Não	n	705	939	192
		%	64,7	76,1	78,0
	Total	n	1090	1234	246
		%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 31:** Existência de relações avaliativas entre actores  
nos artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

		Órgão de informação		
Existência de relações avaliativas		PUB	CM	EXP
Positivo	n	326	311	37
	%	27,7	30,9	19,0
Negativo	n	849	697	158
	%	72,3	69,1	81,0
Categorização múltipla				

**Quadro 32:** Área dos motivos da avaliação nos artigos  
sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio

Área dos motivos da avaliação		Triénio				
		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	34	29	38	45	46
	%	9,8	8,4	8,6	8,4	6,5
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	65	54	74	119	147
	%	18,8	15,6	16,7	22,2	20,9
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	44	37	52	61	55
	%	12,7	10,7	11,7	11,4	7,8
Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	26	25	32	35	68
	%	7,5	7,2	7,2	6,5	9,7
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	59	54	83	101	136
	%	17,1	15,6	18,7	18,8	19,3
Desempenho e competência sócio-profissional	n	36	31	49	36	43
	%	10,4	9,0	11,0	6,7	6,1
Formação de recursos humanos	n	12	11	19	33	15
	%	3,5	3,2	4,3	6,1	2,1
Negligência médica e dos serviços	n	22	63	45	36	69
	%	6,4	18,2	10,1	6,7	9,8
Sector farmacêutico e medicamentos	n	28	18	22	34	63
	%	8,1	5,2	5,0	6,3	9,0
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	6	4	5	8	12
	%	1,7	1,2	1,1	1,5	1,7
Ciência e tecnologia	n	5	3	5	11	10
	%	1,4	,9	1,1	2,0	1,4
Outros	n	9	17	20	18	39
	%	2,6	4,9	4,5	3,4	5,5

Categorização múltipla



**Quadro 33:** Relações avaliativas entre actores por área dos motivos da avaliação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP e por triénio

Relações avaliativas por área de avaliação			Triénio				
			1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Primeira avaliação	Positiva $p=0,406 > 0,05$	Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n 18 % 24,3	14 20,6	17 20,2	19 16,2	16 15,0
		Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n 13 % 17,6	15 22,1	18 21,4	33 28,2	33 30,8
		Assuntos laborais e de recursos humanos	n 5 % 6,8	3 4,4	9 10,7	11 9,4	16 15,0
		Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n 7 % 9,5	5 7,4	8 9,5	4 3,4	13 12,1
		Sector farmacêutico e medicamentos	n 2 % 2,7	7 10,3	6 7,1	10 8,5	9 8,4
		Negligência médica e dos serviços	n 1 % 1,4	2 2,9	1 1,2	0 0,0	1 ,9
		Ciência e tecnologia	n 4 % 5,4	1 1,5	3 3,6	7 6,0	2 1,9
		Promoção da saúde e prevenção da doença	n 4 % 5,4	1 1,5	1 1,2	4 3,4	1 ,9
		Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n 7 % 9,5	4 5,9	6 7,1	9 7,7	4 3,7
		Desempenho e competência sócio-profissional	n 8 % 10,8	8 11,8	9 10,7	8 6,8	4 3,7
		Formação de recursos humanos	n 4 % 5,4	4 5,9	3 3,6	5 4,3	3 2,8
		Outros	n 1 % 1,4	4 5,9	3 3,6	7 6,0	5 4,7
		Total	n 74 % 100,0	68 100,0	84 100,0	117 100,0	107 100,0
Primeira avaliação	Negativa $p=0,006 \leq 0,05$	Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n 14 % 8,7	11 6,4	25 11,3	28 11,0	26 6,8
		Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n 31 % 19,3	22 12,8	39 17,6	43 16,9	72 18,8
		Assuntos laborais e de recursos humanos	n 37 % 23,0	29 16,9	43 19,4	53 20,9	78 20,4
		Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n 11 % 6,8	11 6,4	13 5,9	22 8,7	37 9,7
		Sector farmacêutico e medicamentos	n 18 % 11,2	10 5,8	11 5,0	22 8,7	33 8,6
		Negligência médica e dos serviços	n 9 % 5,6	38 22,1	24 10,8	21 8,3	46 12,0
		Ciência e tecnologia	n 1 % 0,6	1 0,6	0 0,0	2 0,8	6 1,6
		Promoção da saúde e prevenção da doença	n 0 % 0,0	3 1,7	2 0,9	3 1,2	6 1,6
		Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n 17 % 10,6	15 8,7	17 7,7	21 8,3	24 6,3
		Desempenho e competência sócio-profissional	n 14 % 8,7	16 9,3	23 10,4	17 6,7	26 6,8
		Formação de recursos humanos	n 3 % 1,9	5 2,9	13 5,9	14 5,5	8 2,1
		Outros	n 6 % 3,7	11 6,4	12 5,4	8 3,1	21 5,5
		Total	n 161 % 100,0	172 100,0	222 100,0	254 100,0	383 100,0

Cont.

Segunda avaliação	Positiva $p=0,099 > 0,05$	Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	5	5	2	9	5
			%	11,9	18,5	5,3	18,4	7,4
		Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	11	6	7	11	21
			%	26,2	22,2	18,4	22,4	30,9
		Assuntos laborais e de recursos humanos	n	1	5	8	8	8
			%	2,4	18,5	21,1	16,3	11,8
		Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	5	4	5	1	4
			%	11,9	14,8	13,2	2,0	5,9
		Sector farmacêutico e medicamentos	n	3	1	1	1	9
			%	7,1	3,7	2,6	2,0	13,2
		Negligência médica e dos serviços	n	1	1	2	2	1
			%	2,4	3,7	5,3	4,1	1,5
		Ciência e tecnologia	n	0	1	2	2	1
			%	0,0	3,7	5,3	4,1	1,5
		Promoção da saúde e prevenção da doença	n	2	0	0	0	3
			%	4,8	,0	,0	,0	4,4
		Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	4	0	3	6	5
			%	9,5	,0	7,9	12,2	7,4
		Desempenho e competência sócio-profissional	n	8	3	6	3	5
			%	19,0	11,1	15,8	6,1	7,4
Segunda avaliação	Negativa $p=0,042 \leq 0,05$	Formação de recursos humanos	n	2	0	1	5	1
			%	4,8	0,0	2,6	10,2	1,5
		Outros	n	0	1	1	1	5
			%	0,0	3,7	2,6	2,0	7,4
		Total	n	42	27	38	49	68
			%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	7	7	8	5	8
			%	10,1	8,9	8,0	4,3	5,5
		Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	10	11	10	32	21
			%	14,5	13,9	10,0	27,4	14,5
		Assuntos laborais e de recursos humanos	n	16	17	23	29	34
			%	23,2	21,5	23,0	24,8	23,4
		Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	3	5	6	8	14
			%	4,3	6,3	6,0	6,8	9,7
		Sector farmacêutico e medicamentos	n	5	0	4	1	12
			%	7,2	0,0	4,0	0,9	8,3
		Negligência médica e dos serviços	n	11	22	18	13	21
			%	15,9	27,8	18,0	11,1	14,5
		Ciência e tecnologia	n	0	0	0	0	1
			%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
		Promoção da saúde e prevenção da doença	n	0	0	2	1	2
			%	0,0	0,0	2,0	0,9	1,4
		Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	6	10	12	9	13
			%	8,7	12,7	12,0	7,7	9,0
		Desempenho e competência sócio-profissional	n	6	4	11	8	8
			%	8,7	5,1	11,0	6,8	5,5
		Formação de recursos humanos	n	3	2	2	9	3
			%	4,3	2,5	2,0	7,7	2,1
		Outros	n	2	1	4	2	8
			%	2,9	1,3	4,0	1,7	5,5
		Total	n	69	79	100	117	145
			%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Quadro 34:** Existência de solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

		Órgão de informação		
Existência de solicitações		PUB	CM	EXP
Sim	n	640	541	105
	%	29,4	21,9	21,3
Não	n	1540	1927	387
	%	70,6	78,1	78,7

**Quadro 35:** Área da solicitação nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por triénio

Área da solicitação		Triénio				
		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	17	22	26	33	36
	%	9,8	11,3	9,6	10,3	11,0
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	13	26	34	31	32
	%	7,5	13,3	12,5	9,7	9,8
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	18	16	27	36	35
	%	10,4	8,2	10,0	11,2	10,7
Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	13	8	8	15	27
	%	7,5	4,1	3,0	4,7	8,3
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	55	43	72	87	86
	%	31,8	22,1	26,6	27,1	26,4
Desempenho e competência sócio-profissional	n	16	10	23	17	19
	%	9,2	5,1	8,5	5,3	5,8
Formação de recursos humanos	n	5	5	24	27	11
	%	2,9	2,6	8,9	8,4	3,4
Negligência médica e dos serviços	n	13	32	22	16	28
	%	7,5	16,4	8,1	5,0	8,6
Sector farmacêutico e medicamentos	n	7	10	16	19	25
	%	4,0	5,1	5,9	5,9	7,7
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	4	9	3	17	12
	%	2,3	4,6	1,1	5,3	3,7
Ciência e tecnologia	n	3	4	3	7	6
	%	1,7	2,1	1,1	2,2	1,8
Outros	n	9	10	13	16	9
	%	5,2	5,1	4,8	5,0	2,8

**Quadro 36:** Forma de acção das solicitações nos artigos sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por área de solicitação

		Área de solicitação											
Forma de acção		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Primeira solicitação $p=0,000 \leq 0,05$	Apelo	n 31	67	67	14	20	12	17	31	48	33	30	22
		% 31,6	59,8	24,5	23,7	34,5	13,0	77,3	77,5	43,2	50,8	54,5	47,8
	Demonstrativo	n 10	6	16	1	0	1	1	0	1	1	3	0
		% 10,2	5,4	5,9	1,7	0,0	1,1	4,5	0,0	0,9	1,5	5,5	0,0
	Procedimental	n 48	33	60	28	25	25	4	7	47	20	20	15
		% 49,0	29,5	22,0	47,5	43,1	27,2	18,2	17,5	42,3	30,8	36,4	32,6
	Conflituoso	n 8	4	126	16	13	54	0	2	15	11	2	9
Segunda solicitação $p=0,018 < 0,05$		% 8,2	3,6	46,2	27,1	22,4	58,7	0,0	5,0	13,5	16,9	3,6	19,6
	Violento	n 1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		% 1,0	1,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	n 98	112	273	59	58	92	22	40	111	65	55	46
		% 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Apelo	n 12	8	18	1	5	2	1	3	11	8	9	4
		% 35,3	33,3	25,7	8,3	26,3	10,5	100,0	60,0	47,8	40,0	52,9	36,4
Segunda solicitação $p=0,018 < 0,05$	Demonstrativo	n 6	0	3	0	0	1	0	0	0	0	2	1
		% 17,6	0,0	4,3	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	9,1
	Procedimental	n 10	12	13	7	8	6	0	1	7	7	4	3
		% 29,4	50,0	18,6	58,3	42,1	31,6	0,0	20,0	30,4	35,0	23,5	27,3
	Conflituoso	n 6	3	35	4	6	10	0	1	5	5	2	3
		% 17,6	12,5	50,0	33,3	31,6	52,6	0,0	20,0	21,7	25,0	11,8	27,3
	Violento	n 0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Segunda solicitação $p=0,018 < 0,05$		% 0,0	4,2	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	n 34	24	70	12	19	19	1	5	23	20	17	11
		% 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A-Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos

B-Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)

C-Assuntos laborais e de recursos humanos

D-Gestão económica e financeira (sistema, unidades ou serviços de saúde)

E-Sector farmacêutico e medicamentos

F-Negligência médica e dos serviços

G-Ciência e tecnologia

H-Promoção da saúde e prevenção da doença

I-Organização, gestão e regulação (sistema, unidades ou serviços de saúde)

J-Desempenho e competência sócio-profissional

K-Formação de recursos humanos

L-Outros

**Quadro 37:** Hierarquia do tratamento dos artigos de primeira página sobre o sistema de saúde publicados por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Hierarquia do tratamento		
Órgão de informação		Manchete	Título de primeira página	Chamada
CM	n	37	16	34
	%	61,7	42,1	30,1
EXP	n	0	11	7
	%	,0	28,9	6,2
PUB	n	23	11	72
	%	38,3	28,9	63,7
Total	n	60	38	113
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 38:** Hierarquia do tratamento dos artigos de primeira página sobre o sistema de saúde publicados no PUB, CM e EXP por existência de imagem

$p=0,000 \leq 0,05$		Hierarquia do tratamento			
Imagem		Manchete	Título de primeira página	Chamada	Total
Sim	n	9	19	5	33
	%	27,3	57,6	15,2	100,0
Não	n	51	19	108	178
	%	28,7	10,7	60,7	100,0

**Quadro 39:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas no PUB, CM e EXP por triénios

$p=0,024 \leq 0,05$		Triénios				
Temas		1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004
Política de saúde e administração do sistema	n	4	3	8	3	7
	%	23,5	8,8	17,4	7,7	9,3
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	4	2	3	8	12
	%	23,5	5,9	6,5	20,5	16,0
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	1	3	2	7	5
	%	5,9	8,8	4,3	17,9	6,7
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	2	4	8	2	3
	%	11,8	11,8	17,4	5,1	4,0
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	4	7	8	5	15
	%	23,5	20,6	17,4	12,8	20,0
Assuntos sócio-profissionais	n	0	1	3	0	0
	%	0,0	2,9	6,5	0,0	0,0
Formação de recursos humanos	n	0	2	1	5	2
	%	0,0	5,9	2,2	12,8	2,7
Negligência médica e dos serviços	n	1	6	4	1	15
	%	5,9	17,6	8,7	2,6	20,0
Sector farmacêutico e medicamentos	n	1	0	3	3	8
	%	5,9	0,0	6,5	7,7	10,7
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	0	1	2	3	3
	%	0,0	2,9	4,3	7,7	4,0
Ciência e tecnologia	n	0	0	3	0	2
	%	0,0	0,0	6,5	0,0	2,7
Enfoque individual	n	0	1	1	0	0
	%	0,0	2,9	2,2	0,0	0,0
Outros	n	0	4	0	2	3
	%	0,0	11,8	0,0	5,1	4,0
Total	n	17	34	46	39	75
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Quadro 40:** Temas dos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas por órgão de informação

$p=0,013 \leq 0,05$		Órgão de informação		
Temas		PUB	CM	EXP
Política de saúde e administração do sistema	n	19	4	2
	%	17,9	4,6	11,1
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	7	20	2
	%	6,6	23,0	11,1
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	10	8	1
	%	9,4	9,2	5,6
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	10	5	3
	%	9,4	5,7	16,7
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	15	20	4
	%	14,2	23,0	22,2
Assuntos sócio-profissionais	n	3	1	0
	%	2,8	1,1	0,0
Formação de recursos humanos	n	3	6	1
	%	2,8	6,9	5,6
Negligência médica e dos serviços	n	15	9	3
	%	14,2	10,3	16,7
Sector farmacêutico e medicamentos	n	7	7	1
	%	6,6	8,0	5,6
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	5	3	1
	%	4,7	3,4	5,6
Ciência e tecnologia	n	5	0	0
	%	4,7	0,0	0,0
Enfoque individual	n	1	1	0
	%	0,9	1,1	0,0
Outros	n	6	3	0
	%	5,7	3,4	0,0
Total	n	106	87	18
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 41:** Actores personalizados nos artigos sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP

	n	%
<b>Poderes de Estado e instituições públicas</b>		
Órgãos de governo	56	72,7
Organismos governamentais administrativos e de regulação ligados à saúde	4	5,2
Instituições para a prevenção e combate à doença e similares	1	1,3
Parlamento e partidos políticos	5	6,5
Poder local	1	1,3
Entidades judiciais e policiais	3	3,9
Ensino e Investigação	3	3,9
SNS e Prestadores públicos de saúde em geral	0	0
Sub-sistemas de saúde	0	0
Outros poderes de Estado e instituições públicas	6	7,8
<b>Utentes, Sociedade civil e instituições privadas</b>		
Utentes	3	3,9
Associações ou instituições ligadas a doenças específicas	1	1,3
Movimentos e associações de utentes utilizadores de serviços de saúde	0	0
Outras associações	0	0
Ordens profissionais	5	6,5
Sindicatos	1	1,3
Associações e sociedades sócio-profissionais e de especial. ligadas à saúde	1	1,3
Comunicação social	0	0
Instituições religiosas	0	0
Organizações internacionais	0	0
Outras entidades ligadas à sociedade civil e instituições privadas	5	6,5
<b>Interesses comerciais e financeiros</b>		
Grupos económicos e financeiros	0	0
Indústria e serviços do sector da saúde	0	0
Indústria farmacêutica	0	0
Empresas de seguros	0	0
Associações de interesse sócio-económico	0	0
Serviços privados de saúde em geral	0	0
Outros interesses comerciais e financeiros	0	0
<b>Unidades públicas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais públicos	3	3,9
Centros de saúde	0	0
Outras unidades de cuidados de saúde	1	1,3
<b>Unidades privadas de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Hospitais privados	0	0
Clínicas e similares, consultórios e unidades de serviços de meios complementares de diagnóstico	0	0
Farmácias	0	0
<b>Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde</b>		
Unidades sociais de prestação de cuidados de saúde sociais	0	0
<b>Profissionais de prestação directa de cuidados de saúde</b>		
Médicos	22	28,6
Enfermeiros	0	0
Farmacêuticos e similares	2	2,6
Outros profissionais de saúde	1	1,3

**Quadro 42:** Tendência valorativa do artigo sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP pela tendência valorativa do título

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa do artigo		
Tendência valorativa do título		Positivo	Neutro	Negativo
Positivo	n	604	23	51
	%	71,7	9,2	3,4
Neutro	n	183	203	238
	%	21,7	81,5	16,1
Negativo	n	55	23	1190
	%	6,5	9,2	80,5
Total	n	842	249	1479
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 43:** Tendência valorativa do artigo sobre o sistema de saúde publicado por órgão de informação

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Órgão de informação		Positivo	Neutro	Negativo
PUB	n	301	98	691
	%	35,7	39,4	46,7
CM	n	488	115	631
	%	58,0	46,2	42,7
EXP	n	53	36	157
	%	6,3	14,5	10,6
Total	n	842	249	1479
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 44:** Tendência valorativa do artigo sobre o sistema de saúde publicado no PUB, CM e EXP por formato do artigo

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Formato		Positivo	Neutro	Negativo
Notícia	n	714	209	1047
	%	84,8	83,9	75,3
Reportagem	n	78	26	170
	%	9,3	10,4	12,2
Entrevista	n	26	5	35
	%	3,1	2,0	2,5
Editorial	n	1	0	7
	%	0,1	0,0	0,5
Comentário regular	n	11	4	36
	%	1,3	1,6	2,6
Opinião exterior ao jornal	n	11	5	91
	%	1,3	2,0	6,5
Outro	n	1	0	4
	%	0,1	0,0	0,3
Total	n	842	249	1390
	%	100,0	100,0	100,0



**Quadro 45:** Tendência valorativa dos títulos da informação sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP por tema

$p=0,000 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Tema		Negativo	Neutro/ambíguo	Positivo
Política de saúde e administração do sistema	n	11	10	4
	%	8,3	26,3	9,8
Acesso e funcionamento (sistema, unidades ou serviços de saúde)	n	15	5	9
	%	11,4	13,2	22,0
Infra-estruturas, equipamentos e recursos técnicos	n	11	2	6
	%	8,3	5,3	14,6
Gestão económica e financeira do sistema ou de unidades de saúde	n	8	6	4
	%	6,1	15,8	9,8
Assuntos laborais e de recursos humanos	n	35	3	1
	%	26,5	7,9	2,4
Assuntos sócio-profissionais	n	1	2	1
	%	0,8	5,3	2,4
Formação de recursos humanos	n	2	2	6
	%	1,5	5,3	14,6
Negligência médica e dos serviços	n	24	1	2
	%	18,2	2,6	4,9
Sector farmacêutico e medicamentos	n	7	3	5
	%	5,3	7,9	12,2
Promoção da saúde e prevenção da doença	n	7	2	0
	%	5,3	5,3	0,0
Ciência e tecnologia	n	3	1	1
	%	2,3	2,6	2,4
Enfoque individual	n	2	0	0
	%	1,5	0,0	0,0
Outros	n	6	1	2
	%	4,5	2,6	4,9
Total	n	132	38	41
	%	100,0	100,0	100,0

**Quadro 46:** Tendência valorativa dos títulos da informação sobre o sistema de saúde publicados nas primeiras páginas do PUB, CM e EXP por característica do título

$p=0,023 \leq 0,05$		Tendência valorativa		
Hierarquia do tratamento		Negativo	Neutro/ambíguo	Positivo
Manchete	n	42	6	12
	%	31,8	15,8	29,3
Título de primeira página	n	20	7	11
	%	15,2	18,4	26,8
Chamada	n	70	25	18
	%	53,0	65,8	43,9
Total	n	132	38	41
	%	100,0	100,0	100,0

